do Amaral Peixoto (A)

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Augusto do Amaral Peixoto

RIO DE JANEIRO
Papelaria Mendes, Marques & C.—Rua do Ouvidor n. 38
1897

DISSERTAÇÃO

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Das gastropathias na tuberculose pulmonar

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

EM 20 DE OUTUBRO DE 1896

E perante ella sustentada em 13 de Janeiro de 1897

PELO

DR. AUGUSTO DO AMARAL PEIXOTO

NATURAL DO RIO DE JANEIRO

TENDO SIDO APPROVADA PLENAMENTE

Bacharel em sciencias e lettras pelo Gymnasio Nacional, ex-interno de 1.ª classe do Hospital de Misericordia, ex-interno da 2.ª cadeira de clinica medica, membro commissionado pelo Estado do Rio de Janeiro por occasião da epidemia de cholera, no valle do Parahyba (1895), socio honorario do Gremio dos Internos dos Hospitaes, etc., etc.

FILHO LEGITIMO DE

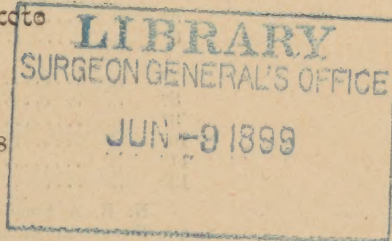
José Augusto do Amaral Peixoto

E

D. Maria José C. do Amaral Peixoto

RIO DE JANEIRO

Papelaria Mendes, Marques & C.—Rua do Ouvidor n. 38

1896

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

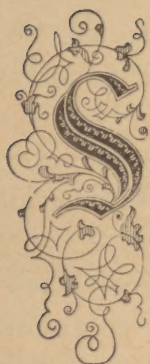
LENTES CATHEDRATICOS

DRS. :	
João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pedriatica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	DRS. :
1ª Secção	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2ª „	Oscar Frederico de Souza.
3ª „	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª „	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª „	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª „	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª „	Bernardo Alves Pereira.
8ª „	Augusto de Souza Brandão.
9ª „	Francisco Simões Corrêa.
10ª „	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª „	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª „	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

INTRODUCÇÃO

SENDO a confecção de uma these ardua tarefa imposta pela lei ao moço que em breve tem de abandonar os bancos da Academia para exercer um nobre, mas penoso sacerdocio, como é a pratica da Medicina, deve todo aquelle que tiver de luctar com esta difficuldade esforçar-se para tirar todo o proveito possivel de suas locubrações.

Foi realmente o que fizemos.

Escolhendo, pois, para nossa dissertação inaugural o estudo das—Perturbações gastricas na tuberculose pulmonar—, tivemos em vista salientar uma questão de ha muito reconhecida, digna de estudo e de novas pesquizas.

Interno da 2ª cadeira de clinica medica, presenciámos *de visu* innumeros casos de tuberculose pulmonar, e podemos dizer que grande parte de doentes

portadores de tão terrivel flagello apresentara, quer no principio, quer no curso da molestia, perturbações mais ou menos graves das funcções digestivas.

Entretanto a analyse clinica torna-se, ás vezes, difficil, attendendo a que as reacções morbidas do estomago são differentes conforme os individuos.

E' assim que observamos em um tuberculoso aquellas perturbações de modo claro e bem patente; em um outro ellas se perdem no complexo symptomatologico da phymatose, passando, ás vezes, despercebidas tanto ao doente como ao medico, notando-se apenas o vomito e esquecendo as perturbações do appetite, etc.

A importancia do bom funccionamento do estomago e do intestino nos tuberculosos é reconhecida desde ha muito tempo.

Gaston de Lyon diz que, "sem exaggero, o prognostico da tuberculose pulmonar depende em grande parte do estado das vias digestivas e que um tuberculoso que se póde alimentar, que assimila os alimentos ingeridos, tem grande probabilidade de cura".

Peter, entre outros conselhos dados para o tratamento da tuberculose, diz que " devemos cercar de cuidados quasi religiosos o apparelho digestivo ".

E entre outras precauções a tomar nesse sentido, Gaston de Lyon colloca em primeiro logar a que consiste em evitar os medicamentos cuja administração prolongada é susceptivel de determinar perturbações para o lado do estomago; *valle mais*, diz elle, *nutrir um tuberculoso que medical-o*.

As diversas estatisticas de que tivemos conhecimento bem mostram a frequencia das gastropathias na tuberculose pulmonar.

Ella foi referida pelo Dr. Bourdon, que, em 157 observações pessoaes, 112 eram caracterisadas por symptomas gastricos diversos.

Louis, em pesquizas sobre a tuberculose pulmonar, demonstrou a presença de lesões estomacaes nos 4/5 de individuos autopsiados por elle.

A questão das gastropathias na tuberculose é na realidade muito complexa e traz mais de um problema difficil a resolver.

Apezar do interesse do proprio assumpto, apezar das investigações que fizemos sobre o nosso ponto em diversos tratadistas e apezar ainda das observações pessoaes que colleccionamos, não é sem receio que entregamos á apreciação dos nossos juizes o estudo do conjuncto que faz parte deste trabalho.

ESBOÇO HISTORICO

Os medicos, do principio do seculo passado, pouco conheciam as perturbações gastricas na tuberculose pulmonar, a não ser o vomito assignalado por Morton (1737), na seguinte phrase: *La disposition à vomir jointe à la toux est un des signes pathognomoniques les plus certains de la toux phtisique.*

No decorrer desse seculo não mais se fallou em tão importante assumpto, e só em 1798 Baumes, em seu *Tratado de tisica pulmonar,* salienta dous pontos, dignos de nota, em relação aos phenomenos gastricos: 1º dá como symptoma dessas perturbações a tosse consecutiva á ingestão de alimentos; 2º cita como causa, ás vezes, da consumpção pulmonar, essas perturbações digestivas.

Wilson Philip descreve nessa mesma época a *Tisica dyspeptica*, traçando conjunctamente o quadro symptomatologico da tisica e da dyspepsia.

Broussais, fiel á sua doutrina, menciona como signal de grande importancia as alterações do estomago ou, melhor ainda, a *gastrite inflammatoria*, no desenvolvimento da consumpção pulmonar.

A esta doutrina, invocada já por Baumes, Stoll e outros autores, filiaram-se Beau e Le Gendre.

O immortal autor da auscultação—Läennec—tambem referiu-se, bem que summariamente, ás perturbações gastricas na tuberculose pulmonar; porém elle teve o merito de chamar a attenção sobre um dos modos, mais frequentes, de começo da tuberculose, tal é o do embaraço gastrico: *J'ai connu*, diz elle, *des malades chez lesquels une dyspepsie habituelle et d'autres symptomes d'hypochondrie ont caché, pendant plusieurs annés, la phtisique pulmonaire.*

Louis, em 1826, foi incontestavelmente o primeiro autor que estudou seriamente a questão, que enumerou os symptomas gastricos de modo completo. Infelizmente, porém, suas observações perdem muito de valor no ponto de vista anatomo-pathologico. E' assim que este autor descreve as alterações devidas á decomposição cadaverica e a auto-digestão da mucosa estomacal pelo succo gastrico por lesões desenvolvidas durante a vida; taes são : o amollecimento e o adelgaçamento da mucosa estomacal.

Em todo caso estamos de perfeito accordo com Louis, quanto á raridade de tuberculos do estomago e do *estado mamelonado* tido como normal por autores que se encarregaram da critica de sua obra.

Em 1837, Andral, ainda sob a influencia da theoria de Broussais, assignala duas fórmas de gastrite: *aguda e chronica.* A explicação deste modo de pensar de Andral é facil de dar-se, attendendo a que este autor, em vez de attribuir á infecção tuberculosa a febre e o

estado saburral da lingua que apresentavam alguns phymatosos, separava estes dados symptomatologicos e os ligava a uma gastrite aguda.

Cruveilhier mostrou não só a extrema raridade de tuberculos no estomago, como tambem que a maior parte das alterações descriptas no estomago dos tuberculosos eram devidas ás alterações cadavericas.

Depois de exposta esta theoria, o amollecimento da mucosa gastrica, como estado pathologico, foi posto de lado, dando ensejo a que Chauffard dissesse que "as lesões do estomago cahiram em um verdadeiro descredito, foram desprezadas, ou citadas com profunda desconfiança".

Os successores de Cruveilhier, desprezando cada vez mais a anatomia pathologica, terminaram por attribuir as perturbações gastricas ás influencias nervosas.

Neste sentido fallam tambem os trabalhos de Bourdon publicados em 1852 e os de Brinton em 1858.

Para o primeiro, as perturbações gastricas da tuberculose não eram imputaveis a uma lesão material do estomago, mas sim devidas a acção nervosa, tendo por origem os ramos pulmonares do pneumogastrico e por limite terminal os ramos gastricos deste nervo.

Para o segundo, basta reproduzir a phrase citada em seu livro (1) para bem comprehendermos a interpretação dada a essas perturbações gastricas.

---

(1) Traité des maladies de l'estomac. 1858.

Diz este autor que "na tisica, ha nevralgia do pneumo-gastrico, do mesmo modo que, si uma parte do nervo trigemeo está alterada por um dente cariado, ha nevralgia facial".

Herald e Cornil, em 1854, referindo-se a estas perturbações gastricas, relacionam o vomito com a tosse, tornando-se assim conhecedores da *tosse gastrica*.

A partir de 1870 a attenção foi de novo chamada para a anatomia pathologica: Wilson Fox (1872) assignalou a tuberculose como uma das principaes causas da gastrite chronica; descreveu a degenerescencia gordurosa e pigmentar do epithelio glandular, que Marfan não pôde encontrar, porém que Schwalbe conseguiu demonstrar.

Em sua these (1872) Loquin admitte a atrophia glandular como caracteristico da gastrite dos tisicos; no emtanto ficou bem patente que nos estomagos examinados por elle, a mucosa tinha quasi completamente desapparecido sob a influencia da acção do succo gastrico e da putrefacção cadaverica.

Reapparece em seguida a theoria nervosa sustentada por differentes autores, taes como, Gueneau de Mussy, Barély, Varda e o celebre professor Michel Peter.

Para G. de Mussy e seu discipulo Baréty, todas as perturbações gastricas do inicio da tuberculose eram dominadas pela compressão do pneumo-gastrico; elles sustentaram, por este meio, a doutrina da adenopathia tracheo-bronchica.

Varda em sua these (1876) assignala numerosas autopsias praticadas em tuberculosos, tendo, entretanto, encontrado um só caso que confirmasse sua theoria. Na descripção que este autor faz do caso confirmativo, diz ter encontrado, pela autopsia, ganglios peri-tracheaes e peri-bronchicos muito engorgitados, endurecidos e agglomerados em diversos logares, comprimindo em dous pontos approximados o tronco do pneumo-gastrico esquerdo.

O finado professor Peter, analysando todas estas observações, chegou á mesma conclusão que aquelles autores; descreveu minuciosamente as autopsias, praticadas por elle, por seu discipulo Rivet e por seu ex-interno Barié, onde sempre encontraram a compressão do tronco do pneumo-gastrico pelos ganglios já citados; enfim Peter, referindo-se ao facto, observado no serviço clinico do professor Dujardin-Beaumetz, de uma tuberculosa que apresentara essas perturbações funccionaes e que, na autopsia, o tronco daquelles nervos não apresentava nenhum traço de lesão nervosa, nem de compressão por ganglios do mediastino, o explica pela irritação ou mesmo compressão, não do tronco, mas sim das expansões terminaes dos pneumo-gastricos. No emtanto devemos notar que o immortal medico de Pariz salientava a anemia em todos os tuberculosos de suas observações, exprimindo se do seguinte modo na 54ª licção (1):

---

(1) M. Peter-Léçons de clinique médicale—Tom. 2·—1882.

Une chose non moins remarquable, c'est l'excessive paleur habituelle de ces sujets, qui semblent être et qui sont profondement anémiques.

Raymont, Pidoux e Spilmann são autores que tambem se occuparam do assumpto, nessa época, porém de modo resumido.

Em 1879, Lebert, collocando se no terreno da anatomia pathologica, emittiu a opinião que a gastrite dos tuberculosos é de origem especifica, caracterisada pela presença do tuberculo

Do mesmo pensava Eppinger, em 1882, tendo em vista dous casos de tuberculose estomacal, declarando que esta lesão é muito mais frequente do que se suppunha.

O professor Jaccoud, referindo-se á gloriosa descoberta de Koch (1882), diz que a nova concepção etiologica em nada muda, pois que as perturbações gastricas e intestinaes ficam o que eram antes da descoberta, isto é, um elemento de diagnostico no principio da molestia e, mais tarde, um elemento de aggravação do prognostico e um obstaculo a toda therapeutica activa.

O professor Germain Sée, ha pouco fallecido, estudando as gastropathias na tuberculose pulmonar, separava estes phenomenos do inicio dos do periodo ultimo da lesão thoraxica; os primeiros elle os comparava ás perturbações dyspepticas da chlorose, e os segundos eram ligados a uma phlogose da mucosa estomacal; considerando como causa mais provavel da irritação a presença dos bacillos, admitte, sobretudo

na dyspepsia tardia, que os catarrhos bacciliferos tenham sido deglutidos pelo doente. Finalmente este autor terminava dizendo que o microphyta não póde fructificar no succo gastrico, cuja acidez lhe é absolutamente prejudicial.

A nosso ver, foi este illustre professor o primeiro que se approximou da melhor interpretação de taes phenomenos, de accordo com o estado actual da sciencia.

Depois de G. Sée citaremos o nome, já bastante conhecido, do Dr. Marfan, cuja these sustentada em Pariz, em 1887, constitue um trabalho da mais alta importancia e que por vezes teremos de mencionar.

Depois de innumeras observações e de longo estudo sobre tuberculosos, Marfan mostrou as differenças notaveis que separam as perturbações gastricas no principio e no fim da tuberculose pulmonar e é neste sentido que elle as estuda e prova em sua these, estabelecendo definitivamente a frequencia da gastrite terminal dos tuberculosos, por meio de exames histologicos praticados em estomagos conservados.

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

Perturbações gastricas iniciaes

> Vous verrez des tuberculeux qui toussent dès qu'ils ont mangé;—vous en verrez d'autres qui toussent parce qu'ils ont mangé, et qui vomissent alors parce qu'ils toussent;—vous en verrez d'autres enfin qui, ayant mangé, toussent, vomissent et palpitent.
>
> (M. Peter—Léçons de clinique médicale.)

"E' preciso não confundir as perturbações gastricas iniciaes, pre-tisicas, com as perturbações gastro-intestinaes devido a causas absolutamente differentes e que se encontram no periodo de caverna ou de ulcerações pulmonares".

Taes são as palavras de Samuel Bernheim em seu *Tratado clinico e therapeutico da tuberculose pulmonar.*

Pois bem, é attendendo não só a este conselho, já emittido por Germain Sée, Marfan, etc., como tambem á pathogenia diversa de taes perturbações, que estudaremos separadamente os phenomenos

iniciaes dos do periodo ultimo da tuberculose pulmonar.

Aqui só nos occuparemos dos primeiros daquelles phenomenos que são variaveis em sua modalidade e que Marfan encorporou-os sob a rubrica de "syndroma gastrico inicial".

As perturbações gastricas iniciaes, na maioria dos casos, apparecem ao mesmo tempo que assomam os signaes divulgadores da tuberculose pulmonar.

Entretanto, casos têm sido observados em que essas perturbações apparecem antes que qualquer dado revelador da lesão pulmonar; porém estes casos são extremamente raros e menos sujeitos á interrogação.

Louis e Andral insistiram na apparição precoce, em certos casos, das perturbações gastricas.

Marfan diz que em 61 tuberculosos que interrogou neste ponto de vista, dous sómente encontrou que tinham sido dyspepticos antes do começo da lesão pulmonar. O mesmo diz Quenu em relação a um numero superior a 60 tuberculosos e que apenas cinco casos lhe pareciam provaveis de semelhante antecedencia.

Dos 84 tuberculosos que de 1º de Janeiro a 30 de Setembro do corrente anno foram tratados na enfermaria clinica de que somos interno, restricto numero foi classificado em primeiro periodo daquella molestia, além de que, neste caso, as perturbações gastricas que observámos sempre coincidiram com os symptomas que caracterisam aquelle periodo. Accresce

ainda mais que, interrogando diversos phymatosos recolhidos ás differentes enfermarias do mesmo hospital, pouco esclarecimento tivemos, nesse sentido, de modo que pudessemos nos pronunciar.

Entretanto, diz Bernheim, é justo admittir, algumas vezes, uma dyspepsia muito prolongada, que póde debilitar o individuo e pol-o em estado de se tuberculisar.

Pondo de parte a questão que diz respeito á etiologia, só nos occuparemos daquelles phenomenos, tomando como regra geral a simultaneidade entre as perturbações do estomago e os primeiros signaes ou symptomas que caracterisam a tuberculose pulmonar, taes como: a tosse sem expectoração, hemoptyse, modificações dos ruidos respiratorios, etc.

Encetaremos o estudo das perturbações gastricas iniciaes pela

Perturbação do appetite—que, em geral, é irregular, caprichoso, porém nunca abolido de modo absoluto, havendo antes parorexia que anorexia.

Alguns doentes procuram as substancias feculentas, os legumes, repudiando as carnes e substancias gordurosas; outros satisfazem-se melhor com as substancias acidas, as saladas, os legumes verdes, assim como fructos acidos.

Esta irregularidade do appetite é muito commum e caracterisará sempre as observações que no decorrer deste trabalho tivermos occasião de apresentar. Ella constitue, algumas vezes, o unico symptoma indicador da gastropathia.

Geralmente os doentes alimentam-se melhor na refeição da manhã que na da tarde.

Quando estudarmos a "tosse gastrica", daremos a razão de ser deste facto.

Depois da refeição elles sentem no epigastrio sensações incommodas de *peso* e *plenitude*, apresentando *tensão epigastrica*, quasi sempre sem dor, sensações estas que na mór parte dos casos apparecem meia hora ou uma hora depois de terminada a refeição. De grande numero de doentes em que verificámos estas perturbações, destacamos a seguinte observação, que serve de affirmativa ao que dissemos:

— J. M., branco, portuguez, solteiro, com 35 annos de idade, carpinteiro, entrou para a Santa Casa de Misericordia em 27 de Setembro do corrente anno e foi occupar o leito 8º da 9ª enfermaria. Dos seus antecessores apenas nos relata a morte de seu pae, por tuberculose pulmonar.

Em Portugal diz ter gosado saude e que, chegando ao Brazil em 1891, foi acommettido de febre intermittente palustre, tratando-se em uma enfermaria deste hospital, donde sahiu curado. Em Abril deste anno appareceu-lhe tosse que o tem acompanhado, teve algumas hemoptyses e notou que dessa época em deante emmagreceu, ao mesmo tempo que o appetite tornava-se irregular, passando mesmo um ou outro dia sem poder alimentar-se. Tratado por um facultativo, voltou ao trabalho, nelle permanecendo até 15 de Setembro, em que a tosse tornou-se mais intensa, apresentando-se-lhe febre, suores nocturnos e alimentando-se mal ; resolveu recolher-se de novo ao hospital, o que fez no dia acima.

Estado actual—J. M. é individuo em que se notam os verdadeiros traços do *habitus phymaticus*. Temperatura e pulso normaes, lingua limpa e humida ; nunca teve diarrhéa.

Procedendo á apalpação e percussão do estomago, foi então que o doente recordou-se e referiu que, após forçadas refeições, sentia sensação de *peso* e *plenitude* para o lado do estomago. Esta anciedade epigastrica era acompanhada, muitas vezes, de pyrosis e regurgitações.

Pela percussão e auscultação do apparelho respiratorio notámos : matidez nos apices dos pulmões, diminuindo á proporção que se percutia para a base; estertores sub-crepitantes e mucosos nas regiões infra-clavicular e supra-espinhosa ; finos estertores disseminados na região infra-espinhosa até a parte média de ambos os pulmões. Para o lado do apparelho circulatorio apenas observámos maior frequencia dos batimentos cardiacos.

Foi-lhe escripta a seguinte formula :

Magnesia fluida............. 1 vidro
Tintura de noz-vomica....... 1 gram.
Tintura de badiana........... 2 gram.

Para tomar uma colher de 2 em 2 horas.

Externamente—tintura de iodo para embrocação nos apices de ambos os pulmões.

Antes de terminar, cumpre-nos dizer que o doente, que ainda se conserva na enfermaria (2 de Outubro), não apresentou elevação de temperatura durante os dias que se seguiram a sua demissão neste hospital ; nunca teve vomitos e recusa obstinadamente os meios necessarios para extracção e respectiva analyse do succo gastrico, que assim viria completar esta imperfeita observação. A medicação foi substituida pela poção tonica de Jaccoud, sem acetato de ammonio e Elixir de Ducro (1).

Casos ha em que os individuos experimentam sensações dolorosas, que se irradiam para o hypochondrio esquerdo.

---

(1) J. M. exigiu alta em 6 de Outubro, pretextando seguir viagem para Europa.

O professor Gaston de Lyon diz que os vomitos podem coincidir com as *dores estomacaes*, muito fórtes, o que se qualificava de *gastralgia*, sem mais se inquietar de sua causa, porém que se sabe hoje estar em relação com as perturbações chimicas que se chamam *hyperchlorhydria*.

No emtanto, Bourdon assignalou casos em que se devia suspeitar da *hypersecreção continua*, isto é, casos em que as dores appareciam em jejum.

Estas manifestações dolorosas são, em geral, rarissimas e, quando existem, são, das perturbações gastricas, as mais precoces, como muito bem mostrou Andral, apresentando-se antes de qualquer dado esthetoscopico revelador da tuberculose pulmonar.

A tensão epigastrica parece estar ligada á distensão maxima do estomago por meio de gazes, contribuindo para a affirmação desta hypothese as eructações fetidas, denunciativas tambem de fermentações anormaes da digestão.

Em grande numero de casos, são observados os phenomenos de pyrosis e regurgitações, como mostraremos nas observações insertas neste trabalho.

Tosse gastrica—Parece difficil distinguir, em um phymatoso, a tosse gastrica da tosse pulmonar.

Entretanto, desde que se tenha em vista o modo por que Marfan interpreta e define aquella tosse, indo buscar a expressão antiga de Willis, de Pujol e de Landré-Beauvais, facil se torna a differença dos dous phenomenos. Aquelle autor, que muito bem estudou todas estas perturbações gastricas, define do seguinte

modo : *A tosse é chamada gastrica quando sobrevem depois da ingestão dos alimentos, quando parece causada pelo contacto dos alimentos com a mucosa estomacal.*

Trousseau definiu-a: " uma tosse que sobrevem nas affecções estomacaes, fóra de toda lesão das vias respiratorias."

E' facto que muitos tuberculosos são tomados, após as refeições, de quintas de tosse, que parecem exclusivamente causadas pela alimentação.

G. de Lyon diz que se póde, neste caso, invocar utilmente a intervenção do nervo pneumo-gastrico para explicar estes accidentes.

Esta tosse é seguida, quasi sempre, de vomitos (tosse emetisante, de Chomel) e apparece de preferencia na refeição da tarde, razão pela qual os doentes alimentam-se melhor pela manhã.

No *Tratado de Clinica Medica* o professor Torres Homem, referindo-se a esta tosse gastrica, diz "depois das refeições, em virtude da plenitude do estomago, os doentes são muitas vezes acommettidos de tosse, a qual provoca vomitos e obriga a cavidade gastrica a ficar vasia ".

E' tão caracteristico este symptoma que o mesmo professor, com a pratica e o tino medico que ainda hoje lhe admiramos, diz ter diagnosticado—tuberculose pulmonar—mesmo mascarada por uma molestia aguda do apparelho respiratorio, sómente porque o doente tosse muito depois das refeições e vomita o que come.

O VOMITO—De ordinario, é o phenomeno que mais attrahe a attenção do medico e aquelle que mais

impressiona o doente. Raramente se manifesta em jejum; é, como vimos, depois das refeições e principalmente da refeição da tarde que o doente vomita.

Este vomito succede assim á tosse que, por sua vez succede á ingestão de alimentos; de modo que a mais ligeira refeição provoca, nos tuberculosos, quintas de tosse determinando a expulsão dos alimentos, intactos, provando assim a irritabilidade da mucosa gastrica com o simples contacto das substancias nutritivas. Passada esta phase penosa, os doentes sentem necessidade de se alimentar e procuram de novo fazel-o, porém, ás vezes, logo após a primeira porção ingerida, outras vezes no meio ou no fim da refeição, nova crise de tosse gastrica sobrevem e de novo são expellidos os alimentos, e tantas vezes os mesmos phenomenos se reproduzem quantas os doentes procuram alimentar-se, de modo que a decadencia organica do individuo vae se accentuando cada vez mais.

A epigraphe que encima este capitulo mostra o valor que a estes phenomenos liga o professor Peter.

Acontece, porém, que nem sempre estes vomitos são constantes, ha intervallos periodicos, nos quaes o doente passa, relativamente, bem.

Examinadas as substancias rejeitadas, encontramos, em geral, alimentos não digeridos (G. Sée), apezar de Marfan mencionar duas observações de vomitos viscosos, pituitosos.

Além destas perturbações gastricas, os doentes apresentam a *lingua humida* e *limpa*; ás vezes, *diarrhéa passageira*, sendo porém a *constipação* a regra.

Quanto ao symptoma *febre*, notamos a maior irregularidade: ha phymotosos gastropathicos apyreticos, outros febricitantes e outros que, não apresentando as perturbações gastricas, são todavia minados pela febre hetica.

O estomago dos tuberculosos que apresentam as perturbações gastricas é, na generalidade dos casos, *dilatado*, bem que essa gastro-ectasia seja pouco pronunciada em alguns individuos. Entre outros meios de que se tem lançado mão para demonstrar aquella dilatação paretica, sobresahe o chocalhar gastrico que, quer em jejum, quer durante todo periodo digestivo, é sempre percebido abaixo da linha de Bouchart (linha que vae da cicatriz umbillical á reborda costal esquerda).

***

A evolução das perturbações gastricas na tuberculose pulmonar é variadissima. Estas perturbações offerecem alternativas ora de melhoras, ora de aggravamento, segundo o progredir do processo tuberculoso; ás vezes os symptomas gastricos persistem tenazes por longo tempo, vindo a ceder em periodo adeantado do processo morbido; outras vezes attenuam-se, logo que a molestia começa a ganhar terreno, o que se observa na maioria dos casos e que fez com que Marfan estabelecesse como regra; observando-se, porém, em alguns casos estes phenomenos acompanharem *paripassu* todo tempo do evoluir de uma tuberculose incipiente.

Apezar de nossa pequena observação clinica, já tivemos occasião de verificar mais de uma vez que muitos tuberculosos affectados de perturbações digestivas, rebeldes no inicio da molestia, experimentavam depois sensiveis melhoras, a ponto de bem se alimentarem, havendo, portanto um interregno salutar, compensador; e naquelles cujas condições pecuniarias permittirem mudança de clima, tratamento favoravel, emfim todas as regalias de que se pódem cercar os que são protegidos pela fortuna, este facto é até habitual.

Notam-se, entretanto, o não apparecimento destas perturbações em um limitado numero de casos, que apresentam, em toda a sua integridade, perfeitas funcções digestivas. Não obstante, em muitos casos de tuberculose pulmonar que acompanhámos no serviço clinico de enfermaria, sempre notámos essas perturbações mais ou menos nitidas e, em sua maioria, os doentes manifestavam perversão do appetite.

Com o fim de corroborar nossos assertos aqui inserimos as seguintes observações:

— M. B., brazileiro, 38 annos de idade, cabelleireiro, deu entrada para a 9ª enfermaria a 7 de Junho de 1896. Refere-nos que de seus progenitores conserva em perfeito estado de saude sua mãe, tendo seu pae succumbido a uma affecção do figado. Quanto á sua historia progressa, apenas nos relata ter tido uma blenorrhagia e cancros venereos.

Em Novembro do anno passado, foi acommettido de forte hemoptyse e tosse. A conselho do medico que então o examinára, guardou o leito por algum tempo. Apezar da medicação que lhe fôra prescripta, a tosse continuava e manifestava-se *principalmente após a ingestão dos alimentos*, que eram

quasi sempre *repellidos*. Algum tempo depois, a tosse *attenuou-se* e os *vomitos alimentares* cessaram; ultimamente, porém,tendo reapparecido todos esses symptomas, seus soffrimentos aggravaram-se, sentia *repugnancia para os alimentos*, appetecendo-lhe, porém, *substancias acidas*, como fructos verdes, saladas envinagradas, etc.; nesta circumstancia resolveu entrar para o hospital.

Estado actual — Trata-se de um individuo depauperado, acommettido de frequentes quintas de tosse, que quasi o impossibilitavam de fallar; apresentando á tarde suores que se localisavam de preferencia na parte anterior do thorax.

Examinando-o, notámos, no apparelho digestivo: lingua *humida e vermelha*, ligeira dor epigastrica, baço e figado normaes; no apparelho circulatorio, nada de notavel, a não ser elevação de temperatura á tarde (38°), pulso 98 por minuto; no apparelho respiratorio, pela percussão, sub-matidez desde o apice até a parte média do pulmão esquerdo, pela auscultação, respiração rude no apice, estertores sub-crepitantes seccos e alguns sibilantes, estendendo-se pelo pulmão esquerdo; no pulmão direito havia respiração supplementar, pueril.

Diagnostico—Tuberculose pulmonar, apresentando perturbações gastricas.

Tratamento—Uso externo: Embrocação de tintura de iodo em toda a parte posterior do pulmão esquerdo. Uso interno:

Magnesia fluida................. 1 vidro
Tintura de noz-vomica.......... 1 gram.

Aos calices de 2 em 2 horas.

Alimentação—Leite e caldos.
Dia 8—Não vomitou durante todo dia.
Temperatura axillar 37°, 6.
Mesma medicação.

Dia 9—Continúa sem vomitos, porém a temperatura elevou-se a 38°, 5. Foi-lhe prescripto:

Tartaro emetico..............	5 centigram.
Alcoolatura de digitalis.......	2 gram.
Sulfato de morphina..........	25 milligram.
Agua filtrada................	120 gram.
Xarope de flores de larangeiras	30 gram.

Para tomar uma colher de 2 em 2 horas.

O doente fez uso desta poção durante dous dias e tendo desapparecido a febre, continuou no uso da magnesia fluida; amainaram-se os symptomas gastricos, obtendo o doente alta, a pedido.

—J. S., branco, portuguez, 24 annos, alfaiate, residente no Brazil ha tres annos; não accusa antecedentes tuberculosos.

Refere-nos que já teve accessos palustres de fórma intermittente. Ha 15 mezes foi affectado de uma bronchite que se perpetuou até hoje; teve duas hemoptyses, e a tosse que não o deixava tinha a fórma quintosa depois das refeições, obrigando-o a *vomitar* o que havia deglutido (com bastante pezar, pois o appetite havia *desapparecido*), sentindo depois do vomito *pyrosis*. Soffria a principio de *prisão* de *ventre*, que se transformou depois em *ligeira diarrhéa*.

Aggravando-se assim o seu estado e não podendo continuar a trabalhar, procurou o hospital, para o qual deu entrada, indo occupar um dos leitos da 8ª enfermaria. Examinando-o, verificámos: som obscuro nos apices dos dous pulmões; estertores humidos, respiração rude nos apices. O exame microscopico dos catarrhos revelou a presença do bacillos de Koch, nos confirmou o diagnostico que já haviamos suspeitado—tuberculose pulmonar, em segundo periodo.

Foi-lhe administrada a seguinte poção :

Magnesia fluida................	1 vidro
Tintura de noz-vomica.........	1 gram.
Tintura de genciana...........	4 gram.
Elixir paregorico...............	3 gram.

A's colheres de 2 em 2 horas.

Melhorando do estado gastrico, o doente exigiu e obteve alta em 3 de Outubro.

Têm sido assumpto de innumeras pesquizas por parte de muitos observadores as alterações da motilidade e do succo gastrico, na tuberculose pulmonar. De grande cópia destes trabalhos destacaremos e citaremos aquelles que são mais vezes referidos nos autores que manuseamos.

E' assim que Brieger, examinando 64 tuberculosos, os dividiu em tres grupos correspondentes, pouco mais ou menos, aos tres gráos daquella molestia; o 1° grupo correspondia a doentes de tuberculose pulmonar adeantada, com febre continua; enquadrou no 2° grupo 27 doentes em segundo periodo, tendo accessos de febre irregulares; no 3° grupo, finalmente, 6 doentes affectados de tuberculose pulmonar, porém em estado latente. Classificando assim os 64 casos que observava, procedeu nelles ao exame do succo gastrico e obteve os seguintes resultados : no 1° grupo o acido chlorhydrico livre falta 19 vezes, contendo o succo gastrico dos 12 casos restantes, ás vezes, acidos

graxos e lactico, sempre porém a pepsina; no 2º grupo, 15 vezes sobre os 27 doentes notou a ausencia do acido chlorhydrico livre, existindo ainda a pepsina, e finalmente no 3º grupo tres vezes o acido chlorhydrico livre e tres vezes ausencia deste acido.

Immermann encontrou o chimismo estomacal normal na maior parte dos doentes que observou, notando ainda que o estomago esvasiava-se no tempo normal.

O mesmo resultado obteve Schettz dizendo que o acido chlorhydrico existe no succo gastrico, em quantidade normal e mesmo exaggerada, em todos os periodos da tuberculose, conservando esse succo seu poder peptico.

Klemperer, ao contrario, demonstrou a frequencia das perturbações chimicas e motoras; no principio, a quantidade de acido chlorhydrico seria normal ou mesmo augmentada, diminuindo consideravelmente no periodo terminal, mostrando além disso resultado identico para as funcções motoras. Segundo este autor, a dyspepsia dos tisicos depende de um catarrho chronico que principiaria por enfraquecer as funcções motoras, sem alterar a normalidade das secreções, sobrevindo depois hyperacidez. Mais tarde, porém, esgota-se a secreção acida, coincidindo este facto com a dilatação do estomago.

Rosenthal concluiu, depois de algumas observações, que o estomago dos tuberculosos, em qualquer periodo da molestia, durante a phase digestiva, não contém acido chlorhydrico livre.

Einhorn, examinando 15 doentes de tuberculose pulmonar, diz só ter reconhecido a ausencia do acido chlorhydrico duas vezes, encontrando cinco vezes a acidez anormal, cinco vezes augmentada e cinco diminuida.

As observações de Hildebrand são feitas no intuito de mostrar a influencia da febre sobre as perturbações gastricas dos tuberculosos; dividiu em tres categorias os doentes de que dispunha, collocando na 1ª os tuberculosos que apresentavam temperatura normal ou quasi normal, não verificando nestes a falta do acido chlorhydrico; a 2ª categoria era constituida por doentes cuja temperatura oscillava entre 38° de manhã e 38°,5 a 40°,5 á tarde, ao contrario, nestes nunca foi encontrado o acidŏ chlorhydrico; temperatura moderada á tarde e apyrexia pela manhã apresentavam os doentes que constituiam a 3ª categoria e nos quaes os resultados obtidos foram variaveis, ora o acido existia, ora faltava, sendo que nos dias em que o acido foi achado a temperatura axillar não ultrapassava de 37°,8, dando-se o contrario, isto é, a falta completa do acido quando a temperatura era mais elevada.

Hildebrand, convicto de sua theoria, foi além e, usando da antipyrina, conseguiu abaixar a temperatura de alguns doentes e assim demonstrou o apparecimento do acido chlorhydrico naquelles que, dias antes, tinham 38° gráos e que pela acção do medicamento apresentavam-se apyreticos, desapparecendo porém de novo logo que se produzia a ascensão ther-

mica. A pepsina foi sempre encontrada em quantidade sufficiente por aquelle autor : concluindo deste estudo ser necessario, para a nutrição dos tuberculosos, combater a febre, aconselhando a alimentação forçada, na ausencia do appetite, nos casos de presença do acido chlorhydrico. Ignoramos quaes os processos de analyse empregados por Hildebrand nas suas investigações, o facto, entretanto, é que são ellas de valor contestavel, segundo Gaston de Lyon.

Marfan demonstrou que no começo da tuberculose é o estado hypopepsico o mais frequente, e que no periodo terminal é a apepsia, resultante das modificações especiaes das cellulas glandulares, que mais vezes explica a anorexia absoluta dos tuberculosos acommettidos de gastrite. Verdade é que se póde observar a hyperpepsia como symptoma precoce.

Mais recentemente, Hayem, examinando o succo gastrico de 28 tuberculosos, tirou a seguinte conclusão : que tanto a hyperpepsia como a hypopepsia são encontradas com igual frequencia naquelles doentes.

Segundo este autor, os typos hyperpepticos coincidem com a tuberculose em começo, os hypopepticos com a tuberculose adeantada ; a hyperpepsia de fórma chloro-organica com fermentação anormal é o typo chimico do syndroma gastrico inicial.

Bouveret diz que as divergencias daquelles resultados são devidas a não terem aquelles autores feito uso dos mesmos methodos de exploração, assim como que todos os doentes observados por elles não foram examinados nas mesmas épocas da molestia.

Para Bouveret a diminuição e a suppressão permanentes da secreção referem-se á gastrite chronica do periodo terminal, e a hyperchlorhydria inicial faz parte do cortejo de perturbações nervosas, legitimamente attribuidas a uma excitação anormal dos nervos pneumo-gastricos.

A nosso ver, as opiniões de Hayem e Bouveret são as mais acceitaveis.

Pela medicação que seguimos, obtendo mais ou menos bons resultados e além disso por algumas analyses que fizemos, não praticando muitas pelas difficuldades com que tinhamos de luctar, pudemos verificar a veracidade dessas opiniões, encontrando sempre a hyperchlorhydria.

—J. P., italiano, com 28 annos, trabalhador, recolheu-se ao hospital, indo occupar um dos leitos da 10ª enfermaria, em 18 de Junho do corrente anno.

Ignorava a causa da morte de seus progenitores. Tosse ha muito tempo e os accessos de tosse manifestam-se principalmente depois da ingestão de alimentos. Alimenta-se mal, falta-lhe o appetite e além disso queixa-se de grande abatimento produzido pela tosse emetisante; tem pyrosis e regurgitações acidas; pequenas elevações febris á noute.

Examinando-o e diagnosticando—tuberculose pulmonar em primeiro periodo, o illustrado e conhecido clinico Dr. Miguel Couto tentou, com resultado satisfactorio, o exame do succo gastrico, tendo tido a amabilidade de nos convidar para auxilial-o nessa analyse.

Em o dia determinado, tendo sido dada a refeição de prova composta de pão (n. 1) e 300 grammas de infusão de chá (Ewald e Boas), conseguimos, 2 horas depois, extrahir, com bastante difficuldade, cerca de 50 centimetros cubicos de li-

quido estomacal, de côr esbranquiçada, exhalando cheiro pouco agradavel. Depois de convenientemente filtrado, foi por nós reconhecida a acidez com o papel azul de turnesol e a presença do acido chlorhydrico pela franca reacção produzida pelo violeta de methyla. A existencia daquelle acido em excesso fez com que fosse instituido o tratamento pelos alcalinos, no uso do qual esteve o doente durante 10 dias, apresentando sensiveis melhoras para o lado do ventriculo.

Porém, como quasi sempre acontece nos doentes de serviço hospitalar, este exigiu, póde-se dizer, alta, de modo que não pudemos acompanhal-o afim de praticarmos uma segunda analyse algum tempo depois do tratamento seguido.

Da gastrite terminal

Os symptomas gastricos que observamos no ultimo periodo da tuberculose pulmonar são os da *gastrite chronica*, estudada por grande numero de autores e perfeitamente estabelecida por Marfan, com o titulo de—*gastrite terminal dos tisicos.*

Em nosso esboço historico mostrámos já o modo por que Broussais exaltava a importancia da gastrite inflammatoria, no desenvolvimento da consupção pulmonar; referimo-nos tambem á opinião anotomo-pathologica de Loquin, em 1872, relativamente á gastrite dos tuberculosos. Hoje, a frequencia da gastrite chronica, na phase derradeira da consupção pulmonar, é assignalada por todos os autores e vista por todos os observadores.

Segundo Marfan, a gastrite sómente existe nos tuberculosos na proporção de 50 %. Para Schwalbe a frequencia é muito maior, pois que em 25 estoma-

gos de tuberculosos, examinados por elle, sómente 6 casos não apresentaram lesões da gastrite chronica (1).

Acreditamos mais na opinião deste ultimo autor, pois que, excepcionalmente, sempre observamos aquella lesão e, em alguns casos, a verificamos pela autopsia.

Esta gastrite chronica secundaria só se manifesta quando os lugubres signaes da caverna e do amollecimento vêm attestar o periodo nefasto da destruição pulmonar. E', com effeito, no momento da respiração cavernosa, do gargarejo e outros symptomas do terceiro periodo que irrompe o primeiro signal da gastrite ou, antes, da gastro-enterite, porque tem-se notado a *diarrhéa* como signal precursor constante da gastrite (Marfan).

Esta diarrhéa, rebelde aos meios therapeuticos, na opinião do immortal Torres Homem, coincide sempre com a attenuação dos phenomenos pulmonares, sobretudo com a diminuição da tosse e da espectoração.

O apparecimento da gastrite terminal póde-se dar de varios modos: ou bruscamente, sem que os doentes tivessem apresentado as perturbações gastricas iniciaes, ou como reincidencia em outros em que essas perturbações haviam de ha muito desapparecido, ou finalmente succedendo, sem interrupção, a desordens gastricas do começo.

Dos symptomas, alguns são essenciaes, outros de somenos importancia.

---

(1) Bouveret—Traité des maladies de l'estomac.

Além da *diarrhéa*, de que já tratámos e que observámos mais ou menos intensa em quasi todos os tuberculosos que succumbiram na enfermaria em que trabalhámos, a *anorexia absoluta* é symptoma capital, fazendo com que os doentes repillam todo e qualquer alimento; o estado da *lingua*, que se apresenta *vermelha*, *secca*, despida de qualquer enducto saburral, é facto tambem sempre verificado nos tuberculosos de que tratámos.

Muitos são os casos que poderiamos trazer para mostrar a constancia destes tres symptomas que caracterisam a gastrite terminal dos tuberculosos: seja-nos licito, entretanto, descrever o estado do doente que occupou durante 16 dias o leito 28 da 9ª enfermaria:

— J. P. C., pardo, 40 annos de idade, professor em Viçosa (Minas Geraes), entrou para o hospital no dia 22 de Maio de 1896. Ha mais de um anno que soffre, tendo tido hemoptyse, muita tosse com expectoração, febre e suores abundantes. Nunca vomitou, porém o appetite foi-se perdendo progressivamente com a evolução da molestia. Eis os unicos dados anamnesticos que pudemos colher de um individuo em plena cachexia tuberculosa.

Estado actual—Emmagrecimento exaggerado. Febre intensa—39°,2; pulso—110 por minuto. Grande prostração de forças. Lingua *vermelha*, figado e baço sensiveis. Appetite nullo, rejeitando o proprio leite *(anorexia)*. Gargarejo franco nos apices dos dous pulmões.

Durante os dias que sobreviveu fez uso das seguintes formulas:

Dia 23—Poção de Peysson—a formula, para tomar uma colher de sôpa de 2 em 2 horas. 12 ventosas sarjadas na região posterior do torax. Regimen lacteo.

Dia 24—Poção de Todd—a formula.

Dia 26—Accentuando-se a diarrhéa, foi-lhe prescripto:

Sub-nitrato de bismutho... 6 gram.
Sulfato de morphina....... 25 milligram.
Solução gommosa......... 120 gram.
Xarope de gomma......... 30 gram.

Para tomar uma colher de 2 em 2 horas.

Bi-sulfato de q q................. 2 gram.

Para quatro capsulas. Tome duas por dia.

Dia 29—Poção de Parrod—a formula, uma colher de 2 em 2 horas.

Tendo diminuido um pouco a diarrhéa, foi dado no
Dia 4 de Julho:

Creosoto de faya........... 4 gram.
Arseniato de sodio......... 5 centigram.
Tintura de canella........ 2 gram.
Vinho quinado............ 300 gram.

Para tormar duas colheres por dia.

Elixir de Ducro.

Dia 5—Além da medicação acima:

Poção tonica de Jaccoud sem acetato de ammonio—a formula.

Para tomar uma colher de 2 em 2 horas.

O estado de J. P. C. era cada vez peior, até que ás 2 horas da tarde do dia 8 de Julho falleceu, não tendo tido hemoptyse.

A autopsia foi feita. Excusado é dizer que *in vitam* foi verificada a presença dos bacillos de Koch nos escarros e que *post mortem* a lesão da gastrite era evidente.

O appetite caprichoso e irregular que observámos no começo da tuberculose pulmonar, é aqui substituido pela anorexia. No primeiro caso, os doentes preferem

certos e determinados alimentos em prejuizo de outros; no segundo, abstêm-se até daquelles de mais facil ingestão, taes como o leite, o caldo, as sopas, as geléas, etc. Entretanto um facto commumente observado e que se nota em muitos doentes é pedirem alimentos para logo depois da primeira porção ingerida repellirem, com repugnancia, os pratos e negarem-se a tomar outros em substituição. Esta falsa sensação de fome é observada desde o tempo de Andral, de quem mereceu algumas referencias, assim como do professor Pidoux, que disse:

Il faut se défier de cette sensation normale: l'appetit ne tiendra pas longtemps, et une anorexie plus ou moins compléte ne tardera pas à le remplacer.

Acontece, porém, que os doentes, reagindo contra esta repugnancia, conseguem introduzir no estomago alguns alimentos, e muitas vezes o *vomito*, bem que não seja symptoma essencial da gastrite, póde sobrevir, aniquilando o esforço empregado e desanimando o doente.

O vomito da gastrite differe daquelle que notamos na tuberculose em estado latente. Em primeiro logar devemos dizer que, apresentando-se embora na maioria dos casos, outros ha em que, apezar de se terem revelado signaes indiscutiveis da lesão gastrica, esse symptoma falha.

O vomito póde succeder, assim como apparecer independente de qualquer quinta de tosse, sendo ás vezes depois da ingestão dos alimentos. Porém o que nos facilita na differenciação do vomito nas duas

phases, inicial e terminal, é sem duvida o esforço penoso que faz o enfermo para expellir o conteudo estomacal. Emquanto que no primeiro estado da lesão pulmonar elle se manifesta quasi sempre depois das refeições, precedido pela tosse, que é nestes casos emetisante, aqui póde apparecer durante a noute ou mesmo pela manhã, em jejum; no primeiro, caso é sempre constituido por alimentos, no segundo, a sua composição é mais variada, em geral é constituida por bilis, mucus e alguns residuos alimentares.

Geralmente não se observa a *dor* espontanea na região epigastrica, porém em alguns casos de nossas observações presenciámol-a em seguida á pressão feita neste logar.

Marfan, porém, chama a attenção para uma dor intensa, que se observa na gastrite dos tuberculosos, tendo seu maximo de intensidade na reborda costal esquerda.

Neste periodo não encontramos, como no inicio da tuberculose, as *regurgitações acidas*, *eructações*, nem *pyrosis*, de que já nos occupámos.

A *lingua* desses individuos é, como já dissemos, *vermelha* e *secca*.

A sêde é, habitualmente, intensa, attribuivel tambem á existencia da febre, companheira inseparavel desse periodo da tuberculose.

Esta febre, de caracter remittente, apresenta depressões matutinas e exacerbações vespertinas; algumas vezes, porém, a remissão é completa pela

manhã, marcando a columna thermica gráos elevados á tarde (39°,5—40°).

Nos tuberculosos que apresentavam os symptomas da gastrite, a febre alta foi sempre verificada, confirmando a observação, como attestam os casos que aqui registramos.

Si investigarmos pelos meios usuaes a região epigastrica, chegaremos á conclusão de que o estomago é, em geral, *dilatado*, bem que essa dilatação não seja exaggerada; o chocalhar gastrico é sempre percebido abaixo da linha de Bouchard, linha essa a que já nos referimos.

Cumpre notar que, em certos individuos, os musculos da região abdominal são facilmente contracturados e impedem a exploração, de modo que aquelle ruido não se faz perceber. Schwalbe nega a frequencia da verdadeira dilatação nos tuberculosos, dizendo que muitas vezes a autopsia não revela alteração alguma em um estomago que *in vitam* era classificado entre os dilatados. Para explicar essas pseudo-dilatações, aventa a hypothese de tratar-se de uma distensão gazosa por atonia. Nas autopsias que praticámos quasi sempre presenciámos o que em vida do doente tinhamos diagnosticado, isto é, certo gráo de dilatação. Entretanto não quer isto dizer que Schwalbe não tenha razão, antes pelo contrario achamos muito logica a explicação que esse autor nos dá relativamente ás dilatações atonicas que desapparecem com a morte. O proprio Marfan que, em sua these de 1887, nos diz que, embora se trate de dilatações em

pequeno gráo, comtudo são sufficientes para affastar toda contestação, declara tambem em um artigo inserto na magistral obra de Charçot, Bouchart e Brissaud (tomo 4º — 1893) que o estomago nem sempre se apresenta dilatado, mostrando-se apologista da opinião de Schwalbe.

Bouveret diz que—o estomago desses doentes conserva os alimentos 6 horas ou mais depois da ingestão, na refeição da tarde, e mesmo em alguns essa permanencia se verifica depois do repouso, durante a noute; o liquido da refeição de prova não contém mais acido chlorhydrico livre, o acido combinado só se encontrando em fraca proporção, sendo sempre augmentada a quantidade de mucus.

A marcha que segue a gastrite dos tuberculosos é susceptivel de modificações; algumas vezes attenua-se, bem que essa attenuação seja por pouco tempo, de modo que os doentes vendo reapparecer o appetite, diminuir ou mesmo cessar a diarrhéa e notando a tolerancia gastrica, julgam-se em caminho de cura, e essa triste esperança, tão commum em taes individuos, desfaz-se logo com a reapparição mais acabrunhadora dos symptomas já referidos. Para Marfan essa ligeira cessação dos phenomenos gastro-intestinaes coincide com as melhoras relativas da lesão do apparelho respiratorio.

Alguns autores affirmam que a gastrite dos tuberculosos é sempre de marcha continua e progressiva.

A nosso ver, esta proposição é muito categorica; em alguns dos doentes que observámos tivemos occa-

sião de verificar attenuações na gastrite terminal, influenciadas talvez por ligeiras modificações beneficas passadas na molestia geral.

—F. J. M., pardo, 44 annos, casado, lavrador, natural do Brazil, deu entrada na 9ª enfermaria em 9 de Julho do corrente anno. Declara não ter antecedentes tuberculosos. Ha dous annos que tem frequentemente tosse e notou que emmagrecia rapidamente; devido á falta de appetite alimentava-se mal, sentia dor na região epigastrica, dor que se tornava mais intensa com a apalpação.

Ultimamente estes symptomas se aggravaram; tem tido febre, que se eleva principalmente á noute, abundantes suores, e diarrhéa intensa.

Estado actual. Temperatura 39°,6. Expectoração abundante. Signaes cavitarios nos dous apices. Anorexia absoluta, recusando o proprio leite. Lingua vermelha e humida.

Verificamos no emtanto a attenuação de todos os symptomas gastro-intestinaes com o uso da seguinte poção:

Decocto branco gommado......	500 gram.
Sub-nitrato de bismutho......	8 gram.
Laudano de Sydenham.........	12 gottas
Xarope de ratanhia............	30 gram.

Aos calices de hora em hora.

Conservou-se alguns dias nesse estado relativamente favoravel; a febre baixou (37°,8), conseguiu alimentar-se com leite e caldos fazendo uso tambem da poção tonica de Jaccoud, sem acetato de ammonio.

Ultimamente reappareceram, com mais intensidade, todos os symptomas que descrevemos, sendo então baldados todos os meios therapeuticos empregados, vindo o doente a fallecer a 25 de Julho.

Expostos de modo summario os symptomas que constituem as gastropathias na tuberculose pulmonar, analysaremos, em seguida, a natureza e lesões anatomo-pathologicas desses mesmos symptomas, estudo este que será deficiente, attendendo ao estreito horizonte scientifico que descortinamos.

CAPITULO II

Anatomia e physiologia pathologicas

Muitas têm sido as interpretações dadas sobre a natureza das gastropathias na tuberculose pulmonar.

Analysando-as, mostraremos aquella que nos parece mais acceitavel e que melhor explica a causa de semelhantes perturbações.

Alguns autores consideram a dyspepsia como causa e não como effeito da tuberculose, emittindo mesmo Bouchard e Le Gendre a opinião de que a dilatação do estomago, tão frequente nos tuberculosos, representava causa efficaz na predisposição á essa molestia.

Não negaremos a hypothese de que uma dyspepsia prolongada, ou uma affecção chronica do estomago ponha o doente em estado de receptividade morbida tal que favoreça o desenvolvimento da tuberculose; porém os phenomenos gastricos de que tratamos, aquelles que, como dissemos, apparecem ao mesmo tempo que os symptomas reveladores da lesão pulmonar, parecem estar antes sob o dominio da tuberculose do que precedel-a.

Outros autores procuram explicar essas perturbações pelo envenenamento alcoolico. Bem que conheçamos a predisposição dos alcoolistas á tuberculose, assim como, neste caso, á gastrite alcoolica, comtudo não nos é possivel estender esse facto á generalidade dos casos, mórmente quando temos dous factores importantes que vêm pôr termo a essa hypothese: 1°, o vomito *potatorum*, caracteristico do alcoolismo, falta sempre nestas perturbações; 2°, as perturbações gastricas iniciaes na tuberculose pulmonar apresentam-se, na maior parte dos casos, de preferencia no sexo feminino, justamente o sexo menos dado ao abuso do alcool. Este facto é reconhecido por grande numero de observadores.

O vomito do começo da tuberculose tem sido explicado de modo diverso pelos tratadistas.

E' assim que para alguns elle é de ordem mecanica, occasionado por insultos de tosse; para outros é na irritação do nervo pneumo-gastrico por ganglios tuberculosos do mediastino que se deve buscar a causa delle, assim como a das demais perturbações de que tratamos. Esta opinião é sustentada, entre outros, por Gueneau de Mussy, Baréty, Varda, Peter, etc. etc.

Marfan, analysando as cinco observações apresentadas por Peter e Varda, diz que o exame microscopico não fôra feito e que a pobreza dos casos vem provar a raridade desses factos, tanto assim que são unicamente essas cinco observações que têm servido de ponto de apoio a todos os sustentadores da compressão do pneumo-gastrico por adenopathias tracheo-bronchicas.

Entretanto, Marfan, tendo praticado 32 autopsias de tuberculosos, garante não ter encontrado essa compressão em caso algum, tendo visto ganglios tuberculosos, ao lado dos quaes passava o nervo que se podia mover facilmente, se deslocar na cavidade mediastina.

No emtanto, no correr deste anno, tivemos, por felicidade clinica, occasião de ver e acompanhar um desses casos, cuja autopsia confirmou o diagnostico que havia sido feito pelo distincto clinico Dr. Miguel Couto. Este talentoso medico, com sua proverbial pericia, dissecou os dous nervos pneumo-gastricos e demonstrou a compressão delles pelos ganglios hypertrophiados do mediastino, compressão essa exercida em varios pontos, notando-se mesmo, no lado direito, a inclusão do respectivo nervo entre dous ganglios de volumes desiguaes.

A observação deste interessante caso nos foi gentilmente cedida pelo nosso illustrado amigo, cujas palavras em seguida reproduzimos :

—J. A. P., 30 annos, solteiro, portuguez, caixeiro, entrou para a 10ª enfermaria em 6 de Agosto do corrente anno e falleceu em 29 de Outubro.

Doente ha tres mezes, apresentava : tosse, catarrho, inappetencia, febre, vomitos, etc.

Signaes de tuberculose pulmonar: caverna á direita no apice; fusão no pulmão esquerdo.

Symptomas — Expectoração numular, vomitos rebeldes provocados pela tosse e pelos ingesta; accessos de tosse convulsiva; crises de dyspnéa afflictissima, voz *rouca* até a aphonia; tachycardia—120 a 140 pulsações por minuto.

Quando entrou para o hospital, o symptoma que mais o atormentava eram os vomitos: tudo quanto deglutia era rejeitado. A medicação que mais lhe aproveitou foi a seguinte:

Magnesia de Murray............	250 gram.
Sulfato de morphina.............	25 milligram.
Essencia de aniz................	2 gôttas
Chlorhydrato de cocaina.........	5 centigram.

Para tomar uma colher das de sopa de 2 em 2 horas.
Tintura de iodo na região do estomago.

Autopsia—Tuberculose pulmonar. Adenopathia tracheobronchica—compressão dos dous pneumo-gastricos por ganglios hypertrophiados.

A febre tem tambem sido invocada para explicar essas perturbações, opinião essa inadmissivel, porque, em geral, ella não se manifesta nesse periodo da tuberculose e não raro vemos tuberculosos apyreticos apresentando todo o cortejo das perturbações gastricas, e, ao contrario, febricitantes com perfeita digestão e appetite.

A nosso ver, a causa principal dessas perturbações deve ser procurada na alteração do chimismo estomacal.

Essa alteração é influenciada pelas toxinas tuberculosas, que vão envenenando o organismo desses individuos, segundo sua susceptibilidade, e provocando uma anemia de natureza toxica que arrasta comsigo todos os symptomas gastricos iniciaes dos tuberculosos.

Quasi todos os autores que tivemos occasião de consultar estão de accordo quanto á interpretação

dessa anemia. Seja-nos licito, entretanto, citar os nomes de Trousseau e Germain Sée, que incontestavelmente foram os que melhor a estudaram, differenciando-a da verdadeira chlorose.

E' assim que G. Sée, tratando desta questão, nos diz que no tuberculoso os tegumentos são de côr terrosa ou amarellada, differindo por conseguinte da coloração esverdeada do verdadeiro chlorotico. Naquelle, a tachycardia é constante e exaggerada, emquanto que neste, falha muitas vezes e está quasi sempre ligada ao verdadeiro cardiopalmo. Os sopros anemicos do coração e dos grossos vasos observam-se tambem nos tuberculosos (G. Sée), porém são menos frequentes que nos chloroticos.

Cumpre notar que tantos estes autores como todos os que têm tratado do assumpto mostram a predominancia desta anemia nas mulheres, facto este que tambem vem corroborar a coincidencia das gastropathias, que, como dissemos, se notam de preferencia naquelle sexo.

Desejosos de conhecer a veracidade desse facto, visitámos uma das enfermarias de medicina destinadas ás mulheres e graças á extrema delicadeza do Dr. Agripino de Brito, medico assistente dessa enfermaria, pudemos interrogar e examinar a diversas doentes, firmando assim a nossa opinião de accordo com os autores que acima referimos.

Um caracter importante desta anemia, observado por Marfan e do qual Trousseau muito se occupou,

foi o seu desapparecimento em seguida ao progredir da lesão thoraxica.

Com effeito, este professor notou que a tuberculose não evolue, ficando estacionaria, como que em estado latente, emquanto dura a anemia, porém, logo que ella desappareça, adquirindo os doentes a côr primitiva, principalmente da face e reapparecendo o appetite, diz elle que *tudo está perdido* e que a molestia pulmonar caminhará a passos largos.

Trousseau, tendo administrado o ferro em uma tuberculosa anemica, observou o facto acima, concluindo com as seguintes palavras a sua observação:

Je n'accuse par le fer d'avoir guéri l'anémie qui, peut-être, était une condition favorable au maintien de l'affection tuberculeuse à l'état latente.

Narrando esta observação, só temos em vista patentear a anemia dos tuberculosos, porquanto hoje está provado que o tratamento pelas preparações marciaes não é efficaz, podendo mesmo aggravar a molestia.

Desta opinião era o professor Torres Homem, que temia com a sua administração o apparecimento de hemoptyses.

Do que temos dito resulta que nos individuos tuberculosos em primeiro periodo, desde que se observa a anemia inicial, traduzindo-se, como vimos, pelo descoramento da pelle e das mucosas, pelo sopro anemico da base do coração e, ás vezes, dos vasos do pescoço, nas mulheres ainda pelas perturbações da menstruação, etc., verifica-se a coexistencia das gastropathias.

Ainda mais resulta da verificação clinica que, á medida que a tuberculose pulmonar galga os ultimos periodos, a anemia attenua-se e com ella as perturbações gastricas, de modo a formar uma phase intermediaria entre estas e a gastrite terminal, que acompanhará o misero enfermo até á sepultura.

Como ligar estas perturbações gastricas á anemia ?

Ora, esta anemia diminuirá a energia de todos os musculos de fibras lisas, por conseguinte a camada muscular do estomago. Pela interpretação dada por Vulpian á anemia e á chlorose, chega-se á conclusão de uma hypoxemia relativa, resultando dahi uma inercia do trabalho physiologico no apparelho secretor do succo gastrico, como em todos os outros apparelhos da economia, portanto uma insufficiencia da secreção dos elementos primordiaes—*pepsina* e *acido chlorhydrico*—daquelle liquido, o que vem nos explicar a *perturbação* ou *irrigularidade* do *appetite* e as fermentações anormaes que são ainda facilitadas pela maiór demora, no estomago inerte, da massa alimentar. Estas fermentações anormaes darão em resultado a producção de acidos e gazes, que distenderão o estomago, dando a sensação de *peso* e mesmo *dor*, e, como consequencia ainda dessas putrefacções, teremos as *eructações*, *regurgitações* e *pyrosis*, sentindo os doentes a sensação retro-sternal de queimadura ou calor.

Finalmente, vemos a condição pathogenica do *vomito* e da *tosse* na irritabilidade do pneumo-gastrico

por incitações anormaes que recebe em dous orgãos doentes por elle innervados.

Uma pergunta acode logo ao espirito do observador—porque razão, recebendo evidentemente todos os tuberculosos as mesmas toxinas, só alguns são intoxicados? A razão está na susceptibilidade differente de varios individuos em face de uma mesma substancia toxica, facto sem duvida ligado á integridade ou não dos seus apparelhos emunctorios; é assim que um individuo ficará insensivel a uma determinada dose de toxinas tuberculosas, que em um outro organismo iria provocar as mais graves perturbações.

Acreditando termos explicado, embora imperfeitamente, a pathogenia das perturbações gastricas iniciaes, passaremos a mostrar como interpretamos a da gastrite final dos tuberculosos.

A gastrite dos tisicos tem sido explicada por differentes processos.

Um ponto importante para o qual, de passagem, devemos chamar a attenção é que esta gastrite não depende de uma inflammação tuberculosa da mucosa estomacal; ella distingue-se, pois, da tuberculose do estomago não só no ponto de vista da lesão anatomo-pathologica como da presença do bacillo de Koch, que não tem sido verificada.

Qual a verdadeira causa dessa gastrite?

Para darmos a sua origem, invocaremos, com Sylvius, Louis, Trousseau, Belloc, Jaccoud e mais recentemente Marfan e Bouveret, a acção local dos catarrhos deglutidos.

E' precisamente no periodo de cavernas, no periodo de suppuração, que a gastrite irrompe, vindo complicar o estado precario do organismo.

Pois bem, o liquido puriforme que secreta a caverna, além do bacillo especifico de Koch e dos microbios da suppuração streptococcus e staphylococcus), contém substancias chimicas que no estomago exercem acção nociva sobre a mucosa, tornando-se, portanto, um producto irritante, á custa do qual se desenvolverá a gastrite, sendo que o elemento bacteriano, segundo alguns autores, se destruirá no meio acido, tal como o succo gastrico.

Quanto á deglutição dos catarrhos, é facto de observação que, inquerindo os doentes com certa astucia, chegaremos a saber que, ou pelo facto delles se vexarem com a expectoração caracteristica em presença de outras pessoas, ou ainda por não quererem se incommodar quando já se acham ao abrigo dos cobertores, elles os deglutem, acontecendo muitas vezes tambem que o fazem sem a menor consciencia.

A prova real deste facto é dada pela lavagem do estomago, em jejum, cujo liquido extrahido pela sonda é semelhante ao que se encontra na escarradeira.

Além desta causa que citámos, outras têm sido invocadas por varios autores com o fim de explicar a gastrite dos tuberculosos.

Entre outras, apontaremos a acção dos medicamentos empregados contra a lesão pulmonar, acção esta que é tida como causadora dessa gastrite.

Achamos difficil a sua explicação ; em todo caso não duvidamos que elles possam aggraval-a, mórmente quando são empregados successivamente, não se attendendo ás boas regras da therapeutica.

***

Antes de tratarmos das lesões anatomo-pathologicas que se encontram no estomago, cumpre-nos dizer que as perturbações gastricas iniciaes na tuberculose não parecem ter por substratum lesão alguma do estomago, mas sim que essas desordens são de origem puramente funccionaes.

Cremos ser sufficientes, para explicar todos aquelles phenomenos, o enfraquecimento da motilidade estomacal e a diminuição do poder digestivo do succo gastrico, além da excitação anormal do pneumo-gastrico.

As lesões do estomago determinadas pela tuberculose são de duas ordens : 1ª, *da gastrite vulgar;* 2ª, *das tuberculos e ulcerações tuberculosas, da degenerescencia amyloide e perfurações estomacaes.* Deste segundo grupo nos occuparemos em capitulo especial.

A autopsia praticada em tuberculosos que apresentaram, *in vitam*, a gastrite peculiar a esses individuos, demonstra que o estomago apresenta se, na mór parte das vezes, dilatado e outras, com suas dimensões normaes.

A tunica mucosa apresenta-se espessada em quasi toda sua extensão, de côr pallida, descorada,

notando-se, entretanto, em certos logares pontos hyperemiados.

Na superficie desta tunica observam-se saliencias e depressões, formando o que Louis chamou *estado mamelonado* ou, mais correctamente, *estado mamillar*, que occupa ora toda extensão da mucosa, ora pontos isolados, e é, sobretudo, o que mais attrahe a attenção no exame macroscopico dessa tunica.

Dissemos em nosso esboço historico que o estado mamelonado de Louis foi tido como normal pelos autores que se encarregaram da critica de seu livro, mostrando assim desconhecerem a verdadeira significação desse estado.

Para Brucke, elle não passa da contracção — *post mortem — da muscularis mucosæ.*

Hoje está provado que o estado mamelonado é connexo ao espessamento da mucosa e depende da infiltração da zona sub-glandular em um gráo mais elevado da gastrite, infiltração esta de que mais adeante nos occuparemos.

Marfan nos diz que "o estado mamelonado constitue o melhor index da gastrite dos tisicos, permittindo apreciar muito exactamente sua intensidade; tanto mais pronunciado é, tanto melhor se verificará histologicamente a inflammação."

Algumas vezes as prégas e sulcos da mucosa são mais visiveis e mais fixas que no estado normal, formam malhas mais ou menos largas que não desapparecem pela tracção, representando esta disposição um *estado areolar*, que Trousseau denominou "esto-

mago de cellulas " por analogia com o que se observa em certas cystites chronicas. Finalmente póde-se demonstrar em outros casos mais raros as *vegetações polypiformes* ou *adenomas* e *erosões punctiformes*.

As primeiras são pequenas saliencias de fórma espherica, pediculadas e isoladas ; foram assignaladas, entre outros, por Legrand, Barth e Rindfleische e encontradas tres vezes por Marfan. As segundas são representadas por pequenas perdas de substancias, regularmente circulares ou affectando a fórma de *infundibili*. Este facto foi verificado uma só vez por Marfan, entre muitas autopsias que praticou.

Histologicamente demonstra-se que a séde ordinariamente do processo é a mucosa, bem que a sub-mucosa e outras tunicas possam ser, mais raramente, interessadas pela inflammação.

As lesões da mucosa são assestadas sobre o tecido intersticial ou sobre as glandulas. No tecido intersticial observa-se uma infiltração de cellulas embryonarias, mais apreciavel ainda na embocadura das glandulas ; ao passo que no espaço inter-glandular e na base das glandulas, o tecido conjunctivo pouco se altera ; os tubos glandulares ficam reunidos pela base, como no estado normal, e tornam-se mais affastados na superficie da mucosa.

Em gráo mais adeantado notamos o inverso do estado normal, os espaços inter-glandulares mais amplos, mais dilatados e cheios de cellulas redondas, que são mais patentes na superficie que na profundidade.

Os fundos de saccos glandulares que, no estado normal, repousam sobre a *muscularis mucosæ*, della estão separados por uma camada de cellulas embryonarias e a *muscularis mucosæ* apresenta redes de cellulas redondas disseminadas nos intersticios das fibras musculares.

E' raro que o processo inflammatorio vá além desta camada.

Ao nivel dos pontos hyperemiados, de que fallamos acima, verdadeiras estrellas avermelhadas, notam-se os capillares dilatados e cheios de globulos vermelhos.

O apparelho glandular só apresenta alterações no fim de um tempo mais ou menos longo, depois de se ter iniciado a proliferação intersticial.

O epithelio cylindrico da embocadura das glandulas desapparece, e é substituido por cellulas redondas; além disso, a cavidade da glandula torna-se maior; as cellulas de pepsina perdem suas granulações e seu protoplasma torna-se claro como o das cellulas cylindricas da superficie; o epithelio toma os caracteres do epithelio vulgar não differenciado, os tubos glandulares tornam-se tortuosos, o orificio retrahe-se e o calibre augmenta.

Schwalbe demonstrou grande quantidade de cellulas de pepsina em estomagos provenientes de individuos que, durante algum tempo, tiveram febre mais ou menos alta.

Este autor insiste sobre a frequencia relativa da degenerescencia amyloide (igualmente citada por

Talamon, Edinger e Ménétrier), cuja existencia Marfan confirma, dizendo porém que não se observa com tanta frequencia quanto affirmam aquelles autores, que, além disso, dizem poder coincidir com a degenerescencia de outros orgãos ou apresentar-se isolada.

Em mais alto gráo, as celullas embryonarias que enchem os espaços inter-glandulares formam saliencias, villosidades na superficie, dando logar á chamada *gastrite villosa ou papillar.*

As glandulas soffrem verdadeiras dilatações kysticas mais ou menos consideraveis, e nestes casos a cellula de pepsina é substituida por um epithelio cylindrico, de protoplasma claro e de nucleo profundo.

Pois bem, estas alterações augmentam a espessura da mucosa em um ponto limitado, resultando um pequeno tumor, que de sessil torna-se pediculado e que constitue o polypo mucoso.

E' por este modo que Cornil e Ranvier e tantos outros explicam as *vegetações po ypiformes* da mucosa estomacal.

As *erosões punctiformes* são antes de origem follicular que de natureza hemorrhagica; assestam-se ao nivel do pyloro, onde as redes lymphathicas são mais importantes e mais numerosas; são extremamente raras, devido talvez ao facto de ser esta região a menos invadida pelo processo phlegmasico.

Como vimos, as lesões trazidas pela inflammação passam-se na mucosa e são limitadas pela muscular da mucosa. As outras tunicas de que se compõe o

estomago parecem ser respeitadas por aquelle processo, na grande maioria dos casos.

Marfan, dentre as suas observações, apenas nos cita uma em que a sub-mucosa se apresentou lesada, estava mais espessa e apresentava maior numero de nucleos, cousa aliás rara no estado normal.

As tunicas muscular e serosa sempre se apresentam indemnes.

As lesões vasculares (peri arterite e endarterite) são raras.

Tanto aquelle autor como Schwalbe estão de accordo neste ponto.

Na opinião do primeiro, a infiltração das cellulas redondas não parece dominada e dirigida pela distribuição dos vasos ; conforme pensa o segundo, a endarterite é devida a causas estranhas á gastrite.

Quasi todos os autores que se encarregaram da pesquiza do bacillo de Koch em córtes de estomagos attingidos de gastrite peculiar aos tuberculosos são unanimes em asseverar o resultado negativo de suas investigações.

— F. G. S., 21 annos, brasileiro, exercendo a profissão de cigarreiro; entrou para a 9ª enfermaria da Santa Casa de Misericordia em 11 de Setembro de 1896.

Nada pudemos saber sobre os seus antecedentes, pois ignora a causa da morte de seus paes e não conhece parente algum. Aos 5 annos de idade teve sarampão e aos 16 foi acommettido de variola, tendo tido estas duas enfermidades na capital do Ceará, donde é filho.

Ha quatro para cinco annos que reside no Rio de Janeiro, tendo sido, dous annos depois de aqui ter chegado, victimado por

forte *bronchite*, acompanhada de muita tosse, manifestando-se principalmente depois do jantar, fazendo-o rejeitar, pelo vomito, os alimentos. Desde então o appetite tornou-se irregular, passando alguns dias sem nutrir-se por não poder comer o que lhe appetecia. Teve febre e suores, que se manifestavam á noute. Não foi acommettido de hemoptyse.

Tratado por um facultativo, diz ter sentido melhoras a ponto de voltar a exercer a profissão. Assim decorreu um anno, em que poucas alterações apresentou o seu estado de saude apparente. Findo este tempo, reappareceu-lhe a tosse com expectoração abundante e alguns escarros sanguinolentos. Essa nova crise, porém, não era acompanhada de vomitos, mas o appetite faltava; comtudo, no começo, conseguiu alimentar-se com leite, porém pouco tempo depois mesmo essa substancia o enfastiava. A febre era intensa, as forças faltavam-lhe e teve necessidade de recolher-se á casa de seu patrão, onde foi tratado; ahi melhorou bastante e de novo voltou ao trabalho; estas melhoras porém foram muito fugazes, porquanto duraram apenas um mez, findo o qual recrudesceram todos os symptomas que de começo o affligiam; assim a febre parecia não querer mais deixal-o, a tosse era quasi continua, os alimentos, ingeridos com bastante difficuldade, eram quasi que immediatamente repellidos. Neste estado lastimavel, já quasi descrente, porém affagando ainda a esperança que não abandona os enfermos e principalmente o tuberculoso, resolveu recolher-se ao hospital.

Estado actual—Febre 38°,5, pulso 110, lingua vermelha e despida de epithelio, estado esqueletico, matidez consideravel nos dous apices, sopro cavernoso e gargarejo no terço superior do pulmão direito, expectoração abundante e purulenta. Pelo exame microscopico dos catarrhos, grande quantidade de bacillos de Koch.

Esteve durante alguns dias, em que a febre oscillou e o estado geral conservou-se sem alteração, no uso da poção tonica de Jaccoud e de uma outra creosotada. Pouco tempo

depois, esta medicação tornou-se improficua, sobreveiu-lhe diarrhéa e veiu a fallecer no dia 13 de Outubro ás 9 horas da manhã.

Autopsia — Cinco horas depois do fallecimento praticámos a autopsia.

Sabendo tratar-se de um tuberculoso, nos occupámos principalmente com os pulmões, nos quaes encontrámos multiplas cavernas nos dous apices, algumas cheias de pús e outras vasias.

Verificámos a não compressão dos pneumo-gastricos. Confirmado o diagnostico, tratámos de explorar outro orgão que tambem nos interessava — o estomago —, que se achava um pouco dilatado. Ligado no esophago e no intestino delgado, retirámol-o da cavidade abdominal, abrimol-o e presenciámos o estado mamelonado de Louis em quasi toda superficie da mucosa, assim como pontos hyperemiados principalmente ao nivel do cardia.

Seccionados diversos pedaços das paredes desta viscera, fizemol-os passar pela serie de processos de technica histologica afim de examinal-os ao microscopio.

Para este trabalho muito nos valeu o auxilio intelligente do distincto preparador de histologia normal da nossa Faculdade, o Dr. Dias de Barros, que com interesse e pericia nos mostrou as lesões determinadas pela gastrite.

Os fragmentos do estomago foram em primeiro logar submettidos ao alcool absoluto, para fixar e endurecer, durante quatro dias. Retirados do alcool, foram collocados em uma mistura de terebinthina e alcool (parte iguaes). Esta mistura foi sendo modificada pela menor proporção de alcool (um terço para dous de terebinthina), com o fim de incluir na parafina.

Subtrahidos á acção deste vehiculo, foram collocados na parafina fundida, onde permaneceram 12 horas e transportados depois para blócos de parafina, onde fizemos a inclusão.

Feitos então os córtes, no microtomo de Schantze, foram levados ao xylol, com o fim de dissolver a parafina; transpor-

tados para o alcool absoluto, que dissolveu o xylol, foram de novo levados em presença do alcool a 36° e 55° e finalmente á agua distillada ; sendo depois postos em contacto com a materia corante (picro-carminato de ammonea) e fechados em glycerina aquosa.

Levados ao campo do microscopio de Zeiss, notámos: a parte superior da mucosa totalmente corroida, a ponto de formar depressões profundas. Entre as glandulas, cuja parede propria é pouco visivel, sobretudo no terço superior, ha accumulo de cellulas embryonarias ; nota-se espessamento da *muscularis mucosæ*, cujo tecido conjunctivo, hypertrophiado, tem em seu seio grande numero de cellulas embryonarias. Os vasos, sobretudo as arterias, estão augmentados de diametro e suas paredes espessadas.

Quanto ao exame bacteriologico feito pelo processo de Ziehl-Fränkel, empregado para os escarros, nos deu resultado negativo.

CAPITULO III

Outras lesões do estomago dos tuberculosos

I *Tuberculose do estomago* — Como já tivemos occasião de dizer, a tuberculose do estomago é extremamente rara, chegando mesmo alguns autores a duvidarem della. Deante porém da affirmação abalisada de tantos outros, acreditamos que ella se localise nesse orgão, sendo porém raras vezes observada. No emtanto Lebert, destacando-se dos que assim pensam, considera esta lesão como muito frequente. A sua opinião, porém, é unica, não encontrou adeptos. Marfan diz ter encontrado, em muitos doentes suspeitos, sómente 17 casos authenticos.

Além destas observações, outras têm sido citadas por Eppinger (1881), por Coats (1886), Serafini (1888) e por Barbacci (1892), etc., deixando de mencionar grande numero de casos rotulados de tuberculose estomacal, cujo diagnostico tem dado assumpto a largas discussões.

Para explicar a tuberculose estomacal, estes autores invocaram a transmissão, pelos catarrhos deglutidos, do bacillus productor da tuberculose, que,

encontrando uma erosão, por menor que seja, da mucosa, nella inocula-se e prolifera; dahi o facto excepcional do tuberculo não ulcerado, e da observação em maior escala da ulcera tuberculosa que, podendo assestar-se em qualquer ponto do estomago, tem por séde de predilecção a grande curvatura. A ulceração tuberculosa é de fórma redonda, oval ou estrellada, de bordas espessas, salientes e sempre infiltradas de materia caseosa, de fundo amarellado e granuloso, correspondendo á sub-mucosa.

Esta ulceração é quasi sempre acompanhada de pequenas granulações, tuberculosas, pardas ou amarelladas e de numero variavel.

Histologicamente Cornil e Sabourin demonstraram as granulações tuberculosas na sub mucosa e na mucosa, abaixo da camada glandular.

Balzer viu a infiltração tuberculosa invadir o tecido conjunctivo peri-vascular. A ulceração tuberculosa, em geral, destroe sómente a mucosa e mais raramente a sub-mucosa.

A presença dos bacillus não tem sido reconhecida pelos autores, com excepção de Coats e Serafini, que os observaram em dous casos.

Além disso tem-se verificado a coexistencia, em muitos casos, da tuberculose estomacal com os tuberculos do intestino e mesmo do peritonio (Bignon e Anger). A ulceração tuberculosa póde ficar latente durante um certo tempo ou então se traduzir pelos symptomas da ulcera redonda, podendo mesmo, ás vezes, provocar uma hematemése mortal.

Clinicamente tem-se observado que a tuberculose do estomago é mais frequente nas fórmas rapidas que nas chronicas, mais frequente nas crianças que nos adultos.

II *Degenerescencia amyloide*—Rarissimos são os casos de degenerescencia amyloide do estomago nos individuos atacados de tuberculose pulmonar.

E naquelles que tem sido evidenciada a sua presença, ella é muitas vezes acompanhada de degenerescencia de outros orgãos, como o figado, rim e o baço, podendo em outros casos limitar-se sómente ao estomago.

Esta degenerescencia se caracterisa pela infiltração da substancia amyloide em certos tecidos e principalmente na tunica média dos vasos.

Segundo pensa Balzer, a degenerescencia amyloide do estomago invade de preferencia os vasos da sub-mucosa e da mucosa. As glandulas são em alguns casos atacadas dessa degenerescencia; a lesão inicia-se na parte média, depois invade o corpo cellular e em ultimo logar o nucleo dos epithelios secretores (Dmietrewski) (1).

Os symptomas gastricos são muitas vezes dissimulados por aquelles que são engendrados pelas lesões do figado, dos rins, do intestino, etc. Os doentes são anemicos, apresentam polyuria, albuminuria e diarrhéa rebelde (Bouveret). A's vezes uma anorexia

---

(1) Dmietrewski.—Revue des sciences medicales, t. XV, pag. 491.

absoluta parece ser o unico symptoma da degenerescencia amyloide do estomago (Marfan).

Edinger demonstrou a ausencia completa do acido chlorhydrico no succo gastrico de um individuo que, sendo tuberculoso, foi acommettido de degenerescencia amyloide do estomago.

III *Perfuração do estomago*—Nos tuberculosos esta perfuração é excepcionalmente observada. Por excepção, diz Dieulafoy, a ulceração tuberculosa do estomago póde attingir os vasos gastro-epiploicos, produzir uma hemorrhagia mortal ou determinar a perfuração do estomago e acarretar uma peritonite super-aguda. Nas seis observações citadas por Marfan, a perfuração se produziu de fóra para dentro, correndo antes por conta da peritonite, colite ou adenite tuberculosa que de lesão assestada na parede do orgão, cuja perfuração se daria de dentro para fóra.

CAPITULO IV

Diagnostico e Prognostico—Tratamento

O vomito dos tuberculosos póde não estar ligado ao estado dyspeptico desses individuos, mas sim a causas estranhas ao estomago, e que aqui devemos assignalar, pois que são susceptiveis de confusão. Taes são os vomitos devidos á tuberculose do pharynge, do larynge, das meninges, do peritonio e finalmente aos provocados pela compressão dos pneumogastricos por ganglios tuberculosos do mediastino, que, como sabemos, nem sempre representam papel saliente como causa das perturbações gastricas dos tuberculosos, como admittem alguns autores.

O vomito da peritonite tuberculosa, irregular, é na maioria dos casos bilioso e raramente alimentar; além disso a peritonite apresenta outros symptomas que lhe são peculiares, não admittindo a confusão. O mesmo facto se observa em relação á meningite tuberculosa, que, além do vomito com os caracteres dos de origem cerebral, isto é, não acompanhados de nauseas, ancias e grandes esforços, apresenta ainda como

symptomas importantes para o diagnostico differencial: cephalalgia intensa, constipação rebelde, seguidos, ás vezes, de hemiplegia, contracturas, hyperesthesia generalisada, etc., conjuncto este symptomatico que torna incontroversa a lesão dessas membranas.

Quanto á tuberculose pharyngo-laryngéa, acreditamos sufficiente a inspecção da região, descortinando os phenomenos que nella se passam, para que, com segurança, possamos separar o vomito das gastropathias dos tuberculosos do causado pela excitação dos tuberculos ao nivel do pharynge e do larynge.

As adenopathias tracheo-bronchicas comprimem com effeito o nervo pneumo-gastrico, não tendo porém a influencia preponderante que G. de Mussy, Baréty, Peter etc., lhe querem attribuir; entretanto tem-se observado a permanencia do vomito, a dyspnéa nocturna, a tosse coqueluchoide e, ás vezes mesmo, paralysias das cordas vocaes, fazendo suspeitar que todos esses phenomenos correm por conta da compressão.

Além destas, gastropathias diversas existem no curso de innumeras molestias e lesões do figado, do rim, do coração etc.; o diagnostico differencial tornar-se-ha facil nestes casos, pois seremos auxiliados pela presença de outros symptomas e signaes concomitantes.

As perturbações que se passam para o lado do estomago, podendo ser algumas vezes signal precioso para o diagnostico, é outras vezes causa de erro.

E' signal precioso porque sabemos o papel importante que representam estas perturbações no diagnostico da tuberculose pulmonar; perturbações essas que apresentam ora a fórma de uma dyspepsia cruel e tenaz, como diz Torres Homem, torturando e difficultando o trabalho digestivo do paciente; ora a fórma de um embaraço gastrico prolongado, como diz Gaston de Lyon; ora patenteando francamente a tuberculose quando o vomito sobrevem depois da refeição, segundo a opinião de Marfan, que assim se expressa: *un individu qui tousse après avoir mangé, qui vomit après avoir toussé, est presque à coup sûr un phtisique.*

Outras vezes, mesmo na ausencia do vomito e da tosse, podemos suspeitar a tuberculose desde que o individuo em questão sinta perturbações do appetite e das funcções digestivas, apresentando o tegumento externo de côr terrosa e um emmagrecimento rapido.

Será causa de erro nos casos em que o medico, concentrando toda attenção sobre estas perturbações, independentes de quaesquer outros symptomas, mesmo os sthetoscopicos, considere o diagnostico de tuberculose feito, explicando as perturbações gastricas pela dyspepsia primitiva. Com maior facilidade o erro se póde dar em se tratando de uma moça apresentando signaes de chlorose, perturbações menstruaes, signaes cardio-vasculares, etc.

O diagnostico differencial entre a anemia pre-tuberculose e a chlorose será, nos casos de duvida, feito, tendo bem presente o quadro symptomatologico com

que Germain Sée (1) descreve aquella anemia, isto é, emmagrecimento rapido, reacções febris passageiras, tosse rebelde e a inefficacia do tratamento ferruginoso.

Quanto ao diagnostico da gastrite chronica terminal, parece-nos que seria superfluo tratar de differencial-a, pois apresenta-se tão francamente, com seus symptomas tão claros em um individuo já cavernoso, que impossivel se torna a confusão com qualquer outra lesão do estomago.

Prognostico—Constituindo a alimentação o meio indispensavel no tratamento da tuberculose, opinião unanime de todos os praticos, meio este que foi por Daremberg exaggerado, a ponto de dizer que não dá medicamento algum ao tuberculoso que se alimentar bem, sendo além disso a tuberculose pulmonar, apezar de ser curavel, a molestia que maior dizimo mortuario produz em todas as grandes cidades; claro está que o prognostico deve ser muito mais sombrio sempre que os tuberculosos apresentarem perturbações gastricas.

Tratamento

O tratamento das perturbações gastricas na tuberculose pulmonar deve variar segundo as indicações fornecidas pelo exame do succo gastrico, pelo quadro thermographico e pela existencia ou não de desordens intestinaes.

(1) G. Sée—La phtisique bacillaire.

Antes de aconselharmos as indicações medicamentosas a seguir para os differentes symptomas que caracterisam essas perturbações, cumpre-nos fazer ligeiras reflexões sobre a *alimentação*, que deve ser bem indicada e melhor dirigida afim de que os doentes conservem o appetite ou o despertem, de modo a não lhes faltar o meio principal para a cura.

E' essa a opinião de Daremberg (1), que, em uma feliz proposição, diz: *l'estomac est la place forte des phtisiques, et l'alimentation leur grand moyen de défense.*

Daremberg, porém, torna-se muito exclusivista quando mais adeante assim se exprime: *quando um tisico, não tendo febre, come pouco e mal, é preciso ter-se a arte de fazel-o comer, sendo que os mais importantes medicamentos devem ser procurados em uma boa cozinha.*

O regimen alimentar deve ser o mais substancial possivel, porém de modo algum exclusivo. Faremos a seguir uma ligeira resenha das substancias alimentares que de preferencia devem ser utilisadas pelos tuberculosos.

Assim as carnes, vermelhas ou brancas, representam papel importante na alimentação, porém, a par destas, outras substancias devem ser administradas, taes como as gordurosas e feculentas.

As gorduras são indispensaveis á nutrição desses individuos, attendendo ás grandes perdas de carbono, demonstradas por Quinquaud, que diz ser a exhalação daquelle gaz augmentada e por Daremberg e

---

(1) Dr. G. Daremberg.—Traitement de la phtisique pulmonaire—1893—t. 2.º

Caseneuve, de Lyon, de que elles eliminam pela urina e pelos catarrhos grande quantidade de carbonatos.

Para contrabalançar, pois, essas perdas são necessarias 60 a 100 grammas, diarias, de gorduras, que serão empregadas pelos variados meios de que dispõe a arte culinaria. Os feculentos entrarão nas refeições de preferencia sob a fórma de pastas, pão, legumes seccos, etc., *en purée* de ervilha, de batatas, etc., associada ou não á carne.

As ostras, consideradas por alguns como bechicas, as sopas e geléas alimentares e principalmente os ovos deverão tambem fazer parte da alimentação.

O leite, alimento completo, salientando-se na nutrição dos tuberculosos, porém deve ser tomado em doses fraccionadas como adjuvante, na dose de 1 a 1 ½ litro, por dia e não de uso exclusivo, salvo o caso de anorexia absoluta, porque, sendo o leite empregado exclusivamente, deve ser administrado em grande quantidade, pois contém poucos elementos nutritivos em relação ao seu volume, e como é contraindicada a ingestão de grande quantidade de elementos solidos ou liquidos aos tuberculosos dyspepticos, claro está que o uso desse liquido alimentar deve ser feito em doses fraccionadas.

Quanto ás bebidas, podem usar, sem inconveniencia, o vinho, a cerveja, agua alcoolisada ou mesmo infusões aromaticas, comtanto que qualquer dellas seja usada com moderação e parcimonia.

Como ha pouco dissemos, quando existe anorexia absoluta, o regimen lacto exclusivo presta serviço

inconteste, alimentando esses doentes que sentem invencivel repugnancia para qualquer outro meio alimentar.

Com o mesmo fim, tem sido administrado, por muitos autores, o *képhir* que, como sabemos, é o leite de vacca fermentado pela acção do *dispora caucasia* ; tem sabor agradavel, é sem repugnancia acceito, e pelo acido lactico e fraca quantidade de alcool que contém, estimula o appetite e levanta as forças do doente. Chimicamente esta substancia determina uma producção maior dos compostos chloro-organicos, o augmento e apparecimento do acido chlorhydrico livre ; é precisamente por esse facto que elle é indicado por Hayem nos hypopepticos. O *képhir* póde ser usado na dose de duas ou tres garrafas por dia. O *koumiss*, ou o leite de vacca ou de jumenta fermentado pela acção do levedo da cerveja, é prescripto com vantagem, como alimento reparador, augmentando o peso do corpo e restaurando as forças perdidas.

E' uma bebida gazosa, acidulada e ligeiramente alcoolica que não provoca flatulencia e excita o appetite. O uso do *koumiss* porém não é tão recommendado como o do *képhir*; comtudo Jaccoud, Peter e G. de Mussy obtiveram bons resultados, nos tuberculosos apyreticos, na dose de uma garrafa por dia.

Havendo repugnancia para as carnes cozidas ou assadas, deve-se tentar a carne crúa, que póde ser incorporada a *purée* de ervilhas, ou de batatas e dada sob a fórma de bolos.

Outro modo de administração consiste em preparar, não os bolos, porém as sopas de carne que para isso são passadas em finas peneiras. Devemos começar por dose minima, 40 a 50 grammas, e depois augmentar successivamente até 200 a 300 grammas.

O uso da carne crúa póde provocar momentaneamente diarrhéa, neste caso um bom correctivo é o emprego diario de uma ou mais capsulas contendo 50 centigrammas de sub-nitrato de bismutho.

Parece-nos ter feito um ligeiro apanhado sobre a alimentação, assumpto bastante vasto e que se presta para a organisação de uma these, para não dizer de um tratado; assim procedendo só tivemos em vista mostrar o quanto é importante e curioso a procura de certos alimentos que possam agradar e nutrir os doentes, sem prejuizo do bom funccionamento do seu estomago.

Nos meios empregados contra os vomitos, Debove aconselha a superalimentação; nessa occasião, a descreveremos, deixando de o fazer aqui para melhor orientação do nosso trabalho.

Assumpto de innumeras pesquizas, de largas discussões travadas entre autores de grande monta, tem sido o tratamento pharmacologico das perturbações gastricas na tuberculose pulmonar.

Em geral, são a anorexia e os vomitos os phenomenos que mais vezes assustam os doentes e que os levam ao consultorio medico. Mais raramente elles se queixam de dor e de fermentações.

Para as perturbações do appetite, recorre o medico, depois de sustar o emprego dos medicamentos

prescriptos para a affecção pulmonar, ás substancias amargas. Entre muitas administradas, são de bons resultados o emprego das preparações de quina calisaya, em macerações, na proporção de 8 a 10 grammas para um litro d'agua, para tomar um calice antes de cada refeição; de quassia amara (1 gramma de quassia e 25 centigrammas de rhuibarbo) em um copo d'agua fria, para tomar dous ou tres calices desta maceração nas 24 horas; de calumba (4 grammas em maceração) para usar como a quina calisaya; além das infusões de lupulo, chá, café, aniz estrellado, não adocicados, que são, ás vezes, aconselhados.

A noz-vomica é um medicamento excellente para esse estado dyspeptico.

Daremberg aconselha, para despertar o appetite, o uso da seguinte formula:

Tintura alcoolica de noz-vomica	aã 5 gram.
" " " badiana	
" " " genciana	

Para tomar 12 gottas em cada refeição.

Pidoux, Fonsagrives e Gueneau de Mussy tambem recommendavam o uso da tintura de noz-vomica (10 a 15 gottas antes de cada refeição) ou as gottas amargas de Baumé (2 a 6).

Gaston de Lyon, entre outras formulas, emprega mais commumente a seguinte:

Tintura de Baumé	2 gram.
" " noz-vomica	5 "
" " rhuibarbo	20 "

Tintura de genciana 20 gram.
Xarope de cascas de laranjas 100 "

Para tomar uma colher das de chá antes de cada refeição.

No serviço clinico do nosso illustre mestre Dr. Benicio de Abreu são usualmente empregadas, e com bom exito, as tinturas de noz-vomica e de badiana associadas á magnesia fluida.

As substancias amargas ainda são administradas associadas ao vinho mascarando dest'arte o gosto e tornando-se facilmente supportaveis.

O uso dos gelados é muitas vezes o sufficiente para despertar o appetite, comportando-se do mesmo modo as aguas mineraes — Vichy, Caxambú, Lambary, etc.

Como vimos nos capitulos antecedentes, a anorexia é, na grande maioria dos casos, acompanhada de insufficiencia da secreção chlorhydro-pepsica.

Para combater essa insufficiencia, Peter, Trousseau e tantos outros empregam o acido chlorhydrico medicinal, na proporção de duas gottas em um pouco de agua depois das refeições, associando ou não á pepsina tomada antes da refeição (G. de Mussy).

O professsr Germain Sée prefere o uso da agua de Vichy para favorecer a secreção do succo-gastrico (um copo ½ hora antes de cada refeição).

Huchard suppre a insufficiencia chlorhydro-pepsica com a seguinte formula :

Agua de melissa	a ã
Agua de tilia	60 gram.
Acido chlorhydrico	30 a 40 gottas.
Tintura de noz-vomica	1 gram.
Xarope de flores de larangeiras	30 gram.

Para tomar uma colher das de sopa no fim de cada refeição (duas).

Nestas perturbações, como em quaesquer outras alterações do estomago, o que sempre devemos fazer é a extracção do succo gastrico, analysal-o e conforme o resultado instituir o tratamento. A causa póde estar ligada a uma hyperchlorhydria e neste caso são dos alcalinos que devemos lançar mão, ou, ao contrario, póde haver hypochlorhydria e então é ao uso dos acidos que devemos recorrer.

Porém, facto sabido, esta pratica ainda não está de todo estabelecida; os doentes, em sua maioria, recusam-se peremptoriamente a esse exame e então recorremos ao processo das tentativas, usando em primeiro logar os alcalinos e conforme a influencia do medicamento ministrado teremos a prova de um ou de outro caso.

Foi esse o processo que seguimos.

Diversos são os medicamentos empregados contra os *vomitos*. Aquelles que suppunham debellar os vomitos combatendo a excitabilidade do pneumo-

gastrico prescreviam o bromureto de potassio e os antispasmodicos, como o valerianato de antimonio.

Um dos melhores meios de dominar a tosse emetisante é a administração de duas ou tres gottas de laudano ou de gottas inglezas; da morphina (uma colher das de chá de uma solução composta de: 0,01 para 50,0 de agua); do extracto thebaico, como aconselha Daremberg, sob a fórma de pilulas de 0,02 ou então associada á cocaina, como preconisou o Dr. Tison (extracto thebaico e cocaina — aã — 1 centigramma para uma pilula). O professor G. Sée obtinha bons resultados com a prescripção da tintura de iodo:

Tintura de iodo } aã
Chloroformio } 5 gram.

Para tomar cinco gottas em um copo de agua em cada refeição.

Daremberg diz ter visto desapparecer os vomitos com a applicação da seguinte poção:

Agua chloroformada a 10.p.1000 — 100 gram.
Agua de flor de laranjas } aã
Xarope de morphina } 50 gram.

Tomando os doentes uma colher das de sopa antes de cada refeição.

A cocaina administrada internamente na dose de 5 a 20 centigrammas em poção, diminue a frequencia ou mesmo promove o desapparecimento dos vomitos. Estão no mesmo caso as injecções hypodermicas de morphina.

O acido phenico, a strychnina, o alcool, e muitas outras substancias foram empregadas, porém com effeitos incertos.

Alguns autores empregam meios therapeuticos actuando directamente sobre os filetes pharyngéos do pneumo-gastrico. Woillez pincelava o pharynge de seus doentes com uma solução concentrada de bromureto de potassio.

A mesma operação era praticada com a solução de cocaina a 1/20 por Lescarrét, Ory, etc. Autores ha que praticam a revulsão externa com o auxilio das pontas de fogo; das pulverisações de ether (Jaccoud) ou chlorureto de methyla na região epigastrica. Outros ainda lançam mão dos vesicatorios applicados no concavo epigastrico (Peter); G. de Mussy applicava sobre a mesma região um emplastro composto de duas partes de diachylão, duas de theriaga e uma de extracto de belladona.

Daremberg aconselha com successo o emplastro composto de diachylão e chlorhydrato de cocaina.

Acontece porém que, apezar de todos estes meios therapeuticos empregados, os vomitos persistem e nestes casos o medico deve aconselhar diéta lactea absoluta ao lado das bebidas geladas, agua chloroformada, da classica poção de Rivière, do oxalato de cerio, do menthol, etc.

Tem-se preconisado tambem e com algum resultado, contra esses vomitos incoerciveis, a lavagem do estomago assim como a alimentação artificial. A lavagem deve ser feita com agua tepida addicionada

de bi-carbonato de sodio ou de agua chloroformada. A alimentação artificial é feita por meio da sonda.

A superalimentação, tão aconselhada por Debove, Bouchart, Grancher, Dujardin-Beaumetz, póde ser feita pela sonda esophagiana, rigida, de Debove ou pelo tubo flexivel de Faucher. Todos esses autores reconheceram o successo obtido por esse meio nos casos de vomitos incoerciveis, sobrevindo com ou sem tosse.

Cabe a Debove a prioridade de ter superalimentado e conseguido por esse modo grande progresso no tratamento da tuberculose pulmonar.

Este autor demonstrou que muitas vezes só a passagem da sonda era sufficiente para debellar os vomitos; além de que os alimentos introduzidos pela sonda não são rejeitados.

Quando Debove teve a idéa de alimentar os tuberculosos pela sonda, em 1881, emittiu a opinião de que não havia nenhuma relação entre o appetite daquelles doentes e suas faculdades digestivas; era assim que tal individuo apresentando profunda aversão pelos alimentos, a ponto de repellir toda e qualquer substancia nutritiva, digeria perfeitamente uma refeição copiosa introduzida pela sonda

As vantagens trazidas por este meio de alimentação são de grande valor para os tuberculosos; é assim que elles experimentam sensiveis melhoras que se caracterisam pelo recobro das forças, pela diminuição dos suores nocturnos e pelas alterações locaes que se observam.

As substancias nutritivas de que nos devemos

servir para alimentar artificialmente ou mesmo para superalimentar os tuberculosos são as mesmas de que nos servimos para a alimentação ordinaria, apenas nos devemos cercar das recommendações dadas por Debove quanto á dose e o modo de emprego daquellas substancias.

Nas primeiras refeições só devemos fazer passar pela sonda o leite, caldos, ovos e carne perfeitamente dividida ou picada. Após alguns dias, é que se deve experimentar a introducção do pó de carne que sob um pequeno volume representa quatro vezes seu peso de carne crua. Ao principio, as doses devem ser diminutas — 25 a 30 grammas em cada refeição; depois podemos ir augmentando progressivamente e chegar a 300 ou 400 grammas; além disso ao pó de carne é permittido misturar agua, ca'do, vinho de Malaga, cognac, rhum, kirsh ou então o leite, que é justamente o preferido. Não devemos supprimir *ex-abrupto* esse modo de alimentação logo que reapparecer o appetite e desapparecerem os vomitos, olvidando os incessantes pedidos feitos, nesse sentido, pelos doentes, porque com essa suppressão a anorexia póde voltar e aggravar o estado tão lisongeiro até então.

Esta superalimentação só aproveita aos tuberculosos apyreticos ou naquelles que apresentam sómente febre vesperal.

Quando ha *dores gastricas*, mais ou menos fortes, além dos signaes reveladores da hyperpsia com hyperchlorhydria, facto esse muito mais raro, o tratamento

deve cingir-se á alimentação pelo leite, ovos, carne crúa e ao uso dos alcalinos em altas doses, dados depois das refeições.

Para a *dilatação do estomago* acompanhada de fermentações intensas, o melhor meio que se nos afigura é a lavagem do estomago feita com agua quente addicionada de acido salicylico (2,0 para um litro.)

Esta dilatação, como vimos, é peculiar tanto aos hyperpepticos como aos hypopepticos.

Emfim, chegados que são os tuberculosos ao extremo curso de sua molestia e que ao lado da anorexia absoluta apresentam diarrhéa colliquativa que progride, o medico vê se, muitas vezes, desarmado, pois o tratamento torna-se improficuo: ora é o leite que, apezar de ser addicionado á agua de cal ou de Vichy, é rejeitado; ora é o acido lactico, o bismutho etc., que na maioria dos casos só moderam a diarrhéa.

A lavagem do estomago tem sido ainda aconselhada por alguns autores, e presta reaes serviços aos individuos que apresentam tuberculos amollecidos ou mesmo pequenas cavernas, gosando porém da integridade das funcções intestinaes, comquanto a anorexia absoluta e os vomitos se patenteiem claramente. A vantagem desta lavagem é evacuar o liquido puriforme, causa determinante destes dous symptomas, liquido este que, comparado aos escarros, demonstram francamente a sua origem, isto é, são catarrhos deglutidos.

Eis, summariamente, o que ha a dizer sobre o

tratamento alimentar e medicamentoso das perturbações do estomago no curso da tuberculose pulmonar; importa agora dizer que a mudança de clima, sobretudo, em certos casos, para climas de altitudes, a residencia no campo, exercem a mais feliz influencia sobre as funcções digestivas, mórmente quando a perturbação dominante é a anorexia.

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Physica Medica

I

A percepção do estomago pelos raios X só é possivel quando estiver dilatado por gazes.

II

Nestas condições, na imagem radiographica elle destaca-se por um fundo claro, de contornos nitidamente limitados.

III

Comprehende-se o alcance deste exame nos casos de dilatação do estomago e de gastroptose.

Cadeira de Chimica Inorganica Medica

I

O acido chlorhydrico é um corpo normalmente gazoso, incolor, de cheiro picante, sabor azedo e extraordinariamente soluvel na agua.

II

As experiencias de Claude Bernard demonstraram que este corpo existe no estado normal fazendo parte do succo gastrico.

III

No laboratorio prepara-se o acido chlorhydrico, fazendo actuar, a quente, acido sulfurico ($H^2 SO^4$) sobre chlorureto de sodio (Na Cl).

Cadeira de Botanica e Zoologia Medicas

I

As quinas, da familia das rubiaceas, dividem-se em *verdadeiras* e *falsas*.

II

O meio pratico de conhecer ou distinguir as quinas verdadeiras das falsas é pela dehiscencia do fructo.

III

As quinas, pelos principios amargosos que contêm, são muitas vezes empregadas como tonicos estomachicos.

Cadeira de Anatomia Descriptiva

I

O estomago é o orgão destinado a receber as substancias que têm de ser introduzidas na circulação depois de modificadas pelos liquidos digestivos.

II

O estomago compõe-se de quatro tunicas, que são, de fóra para dentro, a serosa, a musculosa, a cellulosa e a mucosa.

III

Nesta ultima tunica encontram-se duas especies de glandulas: umas, que secretam mucus, são as glandulas mucosas, e as outras encarregadas da secreção do succo gastrico.

Cadeira de Histologia Theorica e Pratica

I

O tecido epithelial é exclusivamente formado de cellulas, unidas umas ás outras por uma substancia intercellular.

II

Os epithelios dividem-se em: *epithelios de revestimento e epithelios glandulares.*

III

O revestimento epithelial do estomago é constituido por cellulas *cylindricas caliciformes.*

Cadeira de Clinica Organica e Biologica

I

Os alimentos só podem ser absorvidos depois de passarem pelos phenomenos da chymificação e da chylificação.

II

Estes phenomenos são determinados pela acção dos succos digestivos, que são a saliva, o succo gastrico, a bilis, o succo pancreatico e o succo intestinal.

III

Uns actuam sobre as substancias feculentas, transformando-as em dextrina e glycose; outros sobre os albuminoides, transformando-os em peptonas; outros, emfim, sobre as gorduras, emulsionando-as.

Cadeira de Physiologia Theorica e Experimental

I

A digestão tem por fim transformar os alimentos, de maneira a tornal-os absorviveis pela mucosa intestinal.

II

Estas transformações são o resultado de acções mecanicas e chimicas que se passam successivamente na bocca, no estomago e nos intestinos.

III

A parte mais importante da digestão passa-se no estomago, graças ao succo gastrico, secretado pelas glandulas de pepsina.

Cadeira de Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

Hyperemia ou congestão é o accumulo, nos vasos de um orgão ou de uma região qualquer do corpo, de uma porção de sangue superior á que ahi circula normalmente.

II

Existem duas especies de congestão: activa ou arterial e passiva ou venosa.

III

Na gastrite chronica observa-se, na mucosa estomacal, pontos hyperemiados sobretudo ao nivel do cardia.

Cadeira de Pathologia Geral

I

Molestia é a associação e successão de actos funccionaes, seguidos secundariamente de lesões de estructura, que a economia soffre sob a influencia dos agentes cosmicos e reagindo sobre elles.

II

A molestia póde extinguir-se e deixar no organismo as consequencias de sua estada; para estes residuos que ficam das molestias é que a Pathologia creou o termo *affecção*.

III

A *tuberculose pulmonar* é uma molestia, ao passo que a *gastrite* é uma affecção.

Cadeira de Pathologia Medica

I

A hyperchlorhydria caracterisa-se pelo exaggero de secreção da pepsina e acido chlorhydrico, porém

conservando o caracter periodico, isto é, só se effectua durante o trabalho digestivo e sob a influencia dos ingesta.

II

Na hypersecreção ha aquelle exaggero, porém de um modo continuo; o estomago encerra sempre succo gastrico.

III

Foi Reichmann quem primeiro descreveu em 1882 a desordem do chymismo estomacal.

Cadeira de Pathologia Cirurgica

I

Nas feridas penetrantes do abdomen, o estomago póde ser attingido.

II

Pela topographia do estomago a região pylorica é a mais poupada.

III

Como todas as lesões traumaticas do abdomen, as feridas do estomago são acompanhadas de um choque traumatico, cuja gravidade está em relação com a intensidade da vulneração e a susceptibilidade nervosa do ferido.

Cadeira de Chimica Analytica e Toxicologica

I

Em caso de envenenamento, a primeira cousa a fazer é evacuar a substancia toxica emquanto estiver no tubo digestivo.

II

Entre os meios evacuadores vomitivos, merecem preferencia os mecanicos.

III

Os symptomas secundarios e os devidos aos meios empregados contra o envenenamento serão depois combatidos.

Cadeira de Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

A papaina é o principio activo extrahido do fructo do mamoeiro (carica papaya).

II

A papaina é empregada nas molestias chronicas das vias digestivas, substituindo com vantagem a pepsina animal, que muitas vezes é de má qualidade e infiel.

III

Póde-se administral-a sob a fórma de pó, vinho, xarope, elixir, etc. ou, melhor ainda, associada á glycerina.

Cadeira de Anatomia Medico-cirurgica e Comparada

I

A porção abdominal do apparelho digestivo comprehende: o estomago, o intestino delgado e o grosso intestino, menos o recto.

II

Intermediario ao esophago e ao duodeno, o estomago é um grande sacco, occupando parte da região epigastrica e do hypochondrio esquerdo.

III

O grande eixo do estomago é obliquo de cima para baixo e da esquerda para direita, resultando dahi que o cardia acha-se collocado em um plano superior ao pyloro.

Cadeira de Operações e Apparelhos

I

Gastrotomia é a operação que tem por fim abrir a cavidade gastrica.

II

Esta operação tem sido indicada nos casos de estreitamento do esophago e de corpos estranhos no estomago.

III

A pratica desta operação requer conhecimento rigoroso dos limites e relações do estomago com os orgãos circumvizinhos.

Cadeira de Therapeutica

I

Os alcalinos e os acidos são os medicamentos administrados nas dyspepsias, cuja indicação se basea no estudo do chymismo estomacal.

II

Para se prescrever estes medicamentos, é necessaria a analyse prévia do conteudo estomacal.

III

A sua acção varia conforme a dose e a hora em que são administrados.

Cadeira de Hygiene e Mesologia

I

O regimen alimentar póde peccar por *excesso* ou por *falta.*

II

A alimentação excessiva póde ser *aguda* ou *chronica.*

III

A dyspepsia e a gastrite são o resultado dos repetidos abusos ou excesso de alimentação.

Cadeira de Medicina Legal

I

Chama-se *viabilidade fetal* a aptidão ou capacidade do feto para a vida extra-uterina.

II

A inviabilidade póde provir de uma das tres causas seguintes: immaturidade, enfermidade e monstruosidade.

III

Entre as enfermidades figuram as lesões do tubo digestivo constituidas por gastro-enterite folliculosa e ulcerosa, hemorrhagias gastro-intestinaes, etc.

Cadeira de Obstetricia

I

Entre os muitos signaes presumptivos no diagnostico da prenhez destacaremos as perturbações do tubo digestivo.

II

As perturbações digestivas mais communs são as nauseas e os vomitos, soffrendo o appetite completa depravação (desejos).

III

Quando essas perturbações são de tal modo a alterar a saude da doente, a intervenção do medico é de rigor.

Cadeira de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

As lesões syphiliticas do estomago são muito raras; ellas interessam simultaneamente outros orgãos.

II

A infiltração gommosa diffusa, a gomma circumscripta e a ulceração são os caracteres que representam aquellas lesões.

III

A gastrite intersticial syphilitica é, de preferencia, observada na syphilis hereditaria.

Cadeira de Clinica Ophtalmologica

I

As molestias do estomago podem produzir complicações oculares por causas diversas.

II

Entre essas conta-se a absorpção de elementos toxicos ou auto-intoxicação, resultado da fermentação normal que a digestão laboriosa ou imperfeita produz.

III

A amaurose de causa estomacal é a mais frequente das complicações oculares.

Cadeira de Clinica Propedeutica

I

A figura fornecida pela percussão do estomago no estado normal abrange dous segmentos, um occupando o hypochondrio esquerdo e o outro o epigastrio.

II

O primeiro corresponde á zona do espaço semi-lunar de Traube, o segundo póde ser seguido até as vizinhanças da cicatriz umbelical, desde que o estomago préviamente soffra distensão artificial.

III

A gastro-ectasia acompanha-se sempre de crescimento da figura de percussão do estomago.

2ª Cadeira de Clinica Cirurgica

I

A esophagotomia externa é uma operação destinada principalmente á extracção dos corpos estranhos do esophago.

II

Ella é praticada algumas vezes, para se actuar mais de perto sobre as coarctações desse orgão.

III

O logar de eleição dessa operação é o lado esquerdo do pescoço.

2ª Cadeira de Clinica Medica

I

Das diversas fórmas por que se apresenta a tuberculose pulmonar, as fórmas chronicas são as mais frequentes.

II

A tuberculose pulmonar é muitas vezes acompanhada de perturbações gastro-intestinaes, que aggravam o prognostico.

III

O tratamento da tuberculose pulmonar chronica deve consistir sobretudo em manter a integridade das funcções digestivas e combater os incidentes febris possiveis.

Cadeira de Clinica Pediatrica

I

A dyspepsia apresenta se nas creanças sob tres fórmas: *gastrica*, *intestinal e gastro-intestinal.*

II

As causas capazes de produzir a dyspepsia na primeira infancia dividem-se em. *causas determinantes directas* e *causas determinantes indirectas.*

III

Entre as primeiras, representam papel saliente os ingesta; entre as causas determinantes indirectas, os estados diathesicos podem produzir os phenomenos morbidos da dyspepsia.

1ª Cadeira de Clinica Cirurgica

I

A gastro-enterostomia ou operação de Wolfer tem por fim restabelecer a communicação entre o estomago e o intestino delgado.

II

As differentes stenoses pyloricas constituem as indicações mais frequentes de tal intervenção.

III

Esta operação póde ser praticada por meio das suturas isoladamente ou combinadas a meios mecanicos, taes como o processo de Murphy.

Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

Uma das mais sérias complicações do periodo da gestação é o apparecimento dos vomitos incoerciveis.

II

A vida da parturiente correndo grande perigo, devemos esquecer o feto e lançar mão do tratamento obstetrico.

III

O meio mais efficaz e a que devemos recorrer é a provocação do parto prematuro.

1ª Cadeira de Clinica Medica

I

A ulcera simples do estomago tem por séde de predilecção a pequena curvatura, a parede posterior do orgão e o pyloro.

II

E' habitualmente *redonda*, donde o nome de *ulcus rotundum*, e mais raramente apresenta as fórmas oval e alongada.

III

Nosologicamente pertence ao grupo das gastro pathias de typo hyperchlorhydrico.

Cadeira de Clinica Psychiatrica e Molestias Nervosas

I

Entre os syndromas clinicos que formam o cortejo da neurasthenia, destaca-se a *dyspepsia gastro-intestinal.*

II

Caracterisa-se por uma atonia interessando muitas vezes as glandulas e os musculos do estomago e intestinos.

III

Na sciencia reina ainda grande confusão a respeito do modo de considerar esse syndroma—si como causa, si como effeito da nevrose.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax. judicium difficile.

(Sect. I, Aph. I)

II

Qui spumantem sanguinem sputo rejiciunt, is ex pulmone educitur.

(Sect. V, Aph. XIII)

III

Ubi copioser prœter naturam cibus ingestus fuerit, id morbum creat, quod etiam curatio indicat.

(Sect. II, Aph. XVIII).

IV

Ex vehementi partium quœ ad ventrem attinent dolore, extremorum refrigeratio mala.

(Sect. VII, Aph. XXVI.)

V

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. II, Aph. X.)

VI

Quœ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat, quœ ferrum non sanat ea ignis sanat, quœ ignis non sanat, ea insanabilia reputare oportet.

(Sect. VII, Aph. XXXIII.)

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 1896.

O Secretario,

Dr. *Antonio de Mello Muniz Maia.*